

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

L'évaluation des problèmes de santé mentale chez les adultes selon une approche multi-informateurs avec les instruments du *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

par

Stéphanie Patenaude

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

Maîtrise en orientation

Août 2020

© Stéphanie Patenaude, 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

L'évaluation des problèmes de santé mentale chez les adultes selon une approche multi-informateurs avec les instruments du *Achenbach System of Empirically Based Assessment*

Stéphanie Patenaude

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Yann Le Corff, professeur titulaire	Directeur de recherche
-------------------------------------	------------------------

Éric Yergeau, professeur titulaire	Président du jury
------------------------------------	-------------------

Jean-Claude Coallier, professeur titulaire	Autre membre du jury
--	----------------------

Mémoire accepté le 1^{er} octobre 2020

SOMMAIRE

La gestion des problèmes de santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique au Québec. En effet, un nombre important de personnes seront aux prises avec un problème de santé mentale à un moment ou à un autre de leur vie et ces problèmes sont un phénomène fréquent chez la population québécoise. Par conséquent, répondre aux besoins biopsychosociaux des personnes atteintes de problèmes de santé mentale occupe une position qualifiée de majeure dans le système de santé (Fleury et Grenier, 2013).

Malgré la restructuration des soins et services, l'insertion et le maintien en emploi demeurent un défi de grande envergure pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Obtenir un emploi implique de multiples processus de planification et de prise de décision. Ces processus peuvent être une expérience particulièrement difficile pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. L'accompagnement professionnel est donc un facteur important à l'égard de l'insertion et du maintien en emploi pour cette population.

Les conseillères et conseillers d'orientation, les psychologues, les travailleuses et travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux, les psychoéducatrices et psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers ainsi que les médecins font tous partie de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Il s'avère cependant nécessaire de bien évaluer la condition de l'individu au cours du processus d'accompagnement afin de permettre des interventions ajustées aux besoins et aux caractéristiques psychologiques de la personne cliente. Plusieurs outils et techniques

d'intervention sont utilisés (entrevues, instruments psychométriques, observation, activités d'exploration et autres) pour offrir le meilleur accompagnement possible.

Pour l'évaluation des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, les instruments psychométriques s'avèrent des outils d'évaluation fort utiles aux professionnels œuvrant en santé mentale et en relations humaines. La méthode multi-informateurs est d'ailleurs une méthode qui permet de combiner les évaluations de plusieurs informateurs dans le but d'obtenir un pronostic d'évaluation plus valide et complet (Roskam, Stievenart, Meunier, Van De Moortele, Kinoo, et Nassogne, 2009).

Les instruments *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) utilisent d'ailleurs la méthode multi-informateurs. L'ASEBA consiste à répondre à des questionnaires d'auto-évaluation et de les combiner à des évaluations remplies par un proche. Des échelles syndromiques permettent d'évaluer le fonctionnement psychologique, les problèmes comportementaux, émotionnels et sociaux. Le questionnaire *Adult Self-Report* (ASR) et l'*Adult Behavior Check List* (ABCL) ont récemment été traduits en français pour le Canada. Ce mémoire porte sur ces instruments et a permis de vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL ainsi que d'évaluer la contribution relative de chaque répondant pour dépister la présence de problèmes de santé mentale.

Pour ce faire, un échantillon de 40 personnes hospitalisées en psychiatrie a été recruté au Département de psychiatrie de l'Estrie-CHUS, soit 24 femmes et 16 hommes, âgées entre 18 et 56 ans.

Afin de répondre au premier objectif de recherche, qui est de vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL, des corrélations entre les échelles syndromiques de ces instruments ont été calculées. Les résultats obtenus soutiennent que les corrélations entre les échelles syndromiques de l'ASR et de l'ABCL sont de tailles moyennes ou grandes pour 5 des 8 échelles, soient : anxiété-dépression, comportement agressif, comportement transgressif, comportement intrusif, problèmes de la pensée. Ensuite, une série de régressions logistiques ont été réalisées afin de répondre à l'objectif 2, qui est d'évaluer la contribution relative de chaque répondant pour l'évaluation des troubles de santé mentale. La combinaison de certaines échelles révèle qu'aucun répondant ne permet de distinguer les patients qui ont, ou non, un diagnostic de trouble de santé mentale. Pour d'autres combinaisons, aucune des deux versions de l'instrument n'a de contribution relative unique, c'est-à-dire qu'aucun des deux répondants ne permet de mieux distinguer ledit trouble. Finalement, les résultats de certaines combinaisons révèlent que la version auto-rapportée permet de mieux distinguer les personnes ayant un trouble de santé mentale de sa catégorie que les comportements rapportés par une tierce personne.

Les limites de ce mémoire sont principalement liées à l'échantillon. D'abord parce qu'il est de petite taille. Ensuite, la variabilité des répondants à l'ABCL (conjoint, intervenant, etc.) peut amener une hétérogénéité dans les évaluations recueillies. Finalement, étant donné que l'échantillon est composé de personnes patientes hospitalisées, et par le fait même sous traitement, il est possible que leurs symptômes diffèrent entre le moment de l'hospitalisation, de l'établissement du diagnostic (variable critère) et lors de la passation de l'ASR diminuant ainsi la sensibilité et la spécificité observées dans les régressions logistiques (Le Corff *et al.*, 2018a). Il

demeure pertinent de procéder à la validation de la version canadienne- française de l'ABCL afin de vérifier si les résultats seront aussi satisfaisants que ceux de l'ASR.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
PREMIER CHAPITRE. PROBLÉMATIQUE.....	2
1. PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET ORIENTATION	2
1.1 Définition des troubles et des problèmes de santé mentale	2
1.2 Prévalence dans la population.....	4
1.3 Caractéristiques liées à l'emploi chez les personnes atteintes d'un problème de santé mentale	6
1.3.1 Obstacles liés à l'insertion	8
1.3.2 Obstacles liés au maintien.....	10
1.3.3 L'importance d'un accompagnement professionnel	12
1.4 Le rôle des c.o. en santé mentale	15
1.5 Autres professionnels habilités à intervenir auprès de cette population	15
2. MÉTHODES D'ÉVALUATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	19
2.1 Méthodes d'évaluation.....	20
2.1.1 Systèmes de classification.....	21
2.1.2 L'entrevue clinique, l'observation et les instruments psychométriques	21
3. ÉVALUATION MULTI-INFORMATEURS	26
3.1 L'ASEBA chez les adultes	29
4. QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE.....	30
DEUXIÈME CHAPITRE. CADRE DE RÉFÉRENCE.....	33
1. ASEBA : SYSTÈME D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	33
1.1 Des instruments basés sur l'EBA.....	33
1.2 Description générale des instruments ASEBA	34
1.3 Portraits de l'ASR et de l'ABCL	36
1.4 Les échelles de l'ASR et de l'ABCL	36
1.4.1 Les échelles du comportement adapté	37
1.4.2 Les échelles syndromiques	37
1.4.3 Les échelles dérivées du DSM-IV	40

1.4.4	Les échelles des troubles de consommation	41
1.4.5	L'échelle des items critiques.....	41
1.4.6	Score de problématique total	42
2.	RECENSION SUR L'ÉVALUATION MULTI-INFORMATEURS DE L'ADULTE	42
2.1	Méthode multi-informateurs	43
2.1.1	Van der Ende, Verhulst et Tiemeier (2012).....	44
2.1.2	Rescorla et al. (2016)	46
2.1.3	Achenbach, Kurkowski, Dumenci et Ivanova (2005).....	47
2.1.4	De Los Reyers, Bunnell et Beidel (2013)	47
3.	OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	49
	TROISIÈME CHAPITRE. MÉTHODOLOGIE	51
1.	DEVIS DE RECHERCHE	51
2.	LES PERSONNES PARTICIPANTES À L'ÉTUDE.....	51
3.	INSTRUMENTS DE MESURE.....	53
3.1	L'ASR.....	53
3.1.1	Propriétés psychométriques	54
3.1.1.1	Fidélité inter-formes	55
3.1.1.2	Cohérence interne	56
3.1.1.3	Validité.....	56
3.2	L'ABCL	58
3.2.1	Propriétés psychométriques	59
3.2.1.1	Cohérence interne et stabilité test-retest	59
3.2.1.2	Validité structurelle.....	60
3.3	Diagnostic psychiatrique.....	60
4.	PROCÉDURE	61
5.	PLAN D'ANALYSE.....	61
6.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	62
	QUATRIÈME CHAPITRE. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	65
1.	LES ANALYSES STATISTIQUES	65
1.1	Les statistiques descriptives	65

1.2	Les corrélations	67
1.3	Les régressions logistiques.....	69
CINQUIÈME CHAPITRE. DISCUSSION.....		76
1.	RÉPONSES AUX OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	76
1.1	Vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL.....	76
1.2	Évaluer la contribution relative de chaque répondant en analysant le degré d'association entre les échelles correspondantes de l'ASR et de l'ABCL et la présence de diagnostics de troubles de santé mentale.....	79
2.	IMPLICATIONS.....	82
3.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	84
4.	RECOMMANDATIONS	85
CONCLUSION		86
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		88

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Statistiques descriptives des variables de l'ASR.....	66
Tableau 2.	Statistiques descriptives des variables de l'ABCL.....	67
Tableau 3.	Corrélations entre les échelles syndromiques de l'ASR et l'ABCL	68
Tableau 4.	Régression logistique pour l'association entre l'échelle Anxiété-dépression de l'ABCL et de l'ASR et les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs	70
Tableau 5.	Régression logistique pour l'association entre l'échelle Comportement agressif de l'ABCL et de l'ASR et les diagnostics des troubles liés à l'usage d'alcool ou de drogue.....	72
Tableau 6.	Régression logistique pour l'association entre l'échelle Comportement transgressif de l'ABCL et de l'ASR et les diagnostics des troubles liés à l'alcool et aux drogues	74
Tableau 7.	Comparaison des résultats de la présente étude (2020) et ceux de l'étude de Rescorla et <i>al.</i> (2016).....	78

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Les échelles syndromiques.....	39
-----------	--------------------------------	----

REMERCIEMENTS

Ceux et celles qui me connaissent savent à quel point la rédaction de ce mémoire aura été un long processus parsemé d'émotions et de remises en questions. C'est avec un énorme sentiment de fierté qu'aujourd'hui je peux enfin dire avoir réussi ce parcours dans la communauté scientifique. Je n'y serais réellement jamais parvenue sans l'aide, le soutien et les multiples encouragements de mon directeur de recherche Yann Le Corff. Je souhaite aussi dire merci à Andréanne Custeau, Andréanne Roy, Geneviève Rivard, Claudie Théberge, Gilles Rioux ainsi que Marie-Chantal Gendron pour l'aide et le soutien apportés. Je remercie aussi Éric Yergeau et Jean-Claude Coallier d'avoir contribué à la réalisation de ce projet. Vous avez tous contribué à mon apprentissage et évidemment à ma réussite. Je vous en remercie grandement.

INTRODUCTION

Ce mémoire s'inscrit dans le champ de la santé mentale et de l'évaluation psychométrique. Le premier chapitre expose le problème de recherche. En premier lieu, il fait état de la situation de la santé mentale au Québec. Il traite ensuite des caractéristiques liées à l'emploi et de l'accompagnement des personnes atteintes de problèmes de santé mentale chez la population québécoise. Par la suite, la pertinence d'une évaluation des problèmes de santé mentale pour les adultes par la méthode multi-informateurs est exposée. La question de recherche est ensuite présentée. Le deuxième chapitre porte sur le cadre de référence dans lequel sont exposés les instruments psychométriques d'évaluation psychologique pour adultes du *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) d'Achenbach et Rescorla (2003). Il aborde la recension des écrits sur la méthode multi-informateurs. Le troisième chapitre précise la méthodologie de ce projet de recherche qui est la poursuite de l'*Adaptation canadienne-française d'outils psychométriques d'évaluation des troubles mentaux : l'Adult Self-Report et de l'Adult Behavior Checklist* (Le Corff *et al.*, 2016 ; Le Corff *et al.*, 2018a ; Le Corff *et al.*, 2018b). Le quatrième chapitre présente les résultats à la suite des analyses statistiques réalisées. Enfin, le cinquième chapitre interprète les résultats du chapitre quatre et présente leurs retombées pour la recherche et la pratique. Il se conclut sur un exposé des forces et limites de ce mémoire.

PREMIER CHAPITRE. PROBLÉMATIQUE

1. PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET ORIENTATION

Dans les prochaines sections, il sera question de la définition des troubles et problèmes de santé mentale, de leur prévalence dans la population, des caractéristiques liées à l'emploi chez les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, du rôle des personnes professionnelles de l'orientation en santé mentale ainsi que de celui des différents professionnels habilités à intervenir auprès de cette population.

1.1 Définition des troubles et des problèmes de santé mentale

La santé mentale est une notion complexe et les écrits spécialisés utilisent différents termes pour parler des problèmes qui y sont rattachés. Les termes « problèmes de santé mentale » et « troubles mentaux ou troubles de santé mentale » peuvent parfois être confondus. Or, pour être en mesure de bien comprendre le contenu de ce mémoire, il s'avère important de définir ce que signifient ces termes.

D'abord, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux » (OMS, 2015, s.p.).

Les manifestations de ces symptômes varient selon une intensité pouvant être de légère à grave selon le trouble en question et des contextes physique, familial et environnemental de la

personne atteinte (Gouvernement du Québec, 2015). Un trouble de santé mentale est donc caractérisé par un déséquilibre venant altérer le fonctionnement général d'un individu (Gouvernement du Canada, 2006).

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5),

un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux. Les comportements déviants sur le plan social (p. ex. sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviances ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut (American Psychiatric Association, 2015, p. 22).

Les troubles de santé mentale sont d'origine biopsychosociale, c'est-à-dire teintés d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux agissent en interaction sur les individus, les familles et les communautés, participant ainsi

simultanément au développement du trouble. Ils peuvent, à divers degrés, affecter les différents aspects de la vie personnelle et sociale (Fleury et Grenier, 2013).

Quant à eux, « les problèmes de santé mentale » désignent les signes et les symptômes d'un trouble de santé mentale comprenant certaines perturbations éprouvées par une personne, dite en santé, lorsque celle-ci est confrontée aux stress de la vie courante. Un problème de santé mentale est un état sub-clinique, c'est-à-dire un état en deçà, ou à la limite d'un diagnostic clinique, qui ne répond pas entièrement aux critères diagnostiques (Conseil médical du Québec (2001).

La distinction entre un « problème de santé mentale » et un « trouble de santé mentale » n'est pas clairement définie dans la littérature et est souvent faite sur la base de la sévérité et de la durée de la maladie (Conseil médical du Québec (2001). Dans le cadre de ce mémoire, le terme « problème de santé mentale » sera principalement utilisé. Toutefois, pour assurer de rapporter fidèlement les propos d'auteurs lors de citations ou lorsque ces termes s'appliquent réellement selon la précédente définition, les termes « trouble de santé mentale ou troubles mentaux » seront également utilisés.

1.2 Prévalence dans la population

La gestion des problèmes de santé mentale représente un enjeu majeur de santé publique au Québec. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, produite par l'Institut de la statistique du Québec (2015), a permis de mesurer la prévalence des troubles mentaux dans la population en 2012. Cette enquête a évalué les troubles mentaux à l'aide d'une version modifiée

de l'instrument *Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI). Ce questionnaire normalisé se base sur les définitions et critères de la quatrième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) et permet l'évaluation des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances. Les résultats de l'enquête montrent que, pour la population québécoise, la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux mesurés (épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée) au cours de la vie atteint 18 %. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, la prévalence s'élève à 6 % (Institut de la statistique du Québec, 2015). Un portrait de l'état de la santé mentale mesurant un plus large éventail de troubles au sein de la population québécoise a été réalisé plus récemment par l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2016). Ce portrait révèle ce qui suit :

Un Québécois sur cinq sera touché de près ou de loin par la maladie mentale au cours de sa vie. À Montréal, on parle de 2 % de la population adulte qui souffre de troubles graves et de longue durée et de 29 % qui seront aux prises avec une dépression majeure ou des troubles anxieux ou encore des troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool. Les maladies mentales les plus courantes sont la dépression (10 % à 15 % des gens en souffrent au cours de leur vie), les troubles anxieux et les psychoses. (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2016, s.p.)

Ces données relèvent qu'un nombre important de personnes seront aux prises avec un problème de santé mentale à un moment ou à un autre de leur vie et que ces problèmes sont un

phénomène fréquent chez la population québécoise. Par conséquent, répondre aux besoins biopsychosociaux des personnes atteintes de problèmes de santé mentale occupe une position qualifiée de majeure dans le système de santé (Fleury et Grenier, 2013).

1.3 Caractéristiques liées à l'emploi chez les personnes atteintes d'un problème de santé mentale

Depuis les années soixante, l'institutionnalisation de l'organisation des services de santé mentale a connu plusieurs phases sinueuses avant de finalement mettre en œuvre des réseaux intégrés de services répondant davantage aux besoins de la population atteinte d'un problème de santé mentale. Au fil des années, cette transformation dans l'organisation des services a permis une décentralisation, une communautarisation et une diversification des activités liées à ce secteur (Fleury et Grenier, 2004).

Malgré toute cette restructuration des soins et services, l'insertion et le maintien en emploi demeurent un défi de grande envergure pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. En effet, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) révélait en 2009 que « les personnes souffrant de troubles mentaux ont généralement entre 30 et 50 % moins de chances de trouver un emploi que celles ayant d'autres problèmes de santé ou d'autres incapacités » (OCDE, 2009, p. 10).

Des statistiques montrent que 80 % des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale grave, tel que la schizophrénie ou d'autres troubles d'ordres psychotiques, n'exercent pas

d'activité professionnelle, alors que pour ceux et celles qui sont en emploi, le maintien est généralement de courte durée (Villeneuve, Corbière, Mercier et Lesage, 2007).

De plus, les troubles de santé mentale désignent, en moyenne, le tiers des nouvelles demandes de prestations d'invalidité. Cette proportion est davantage relevée chez les jeunes adultes (OCDE, 2009).

Finalement, Jacobs et ses collaborateurs (1992) notent que le taux d'employabilité des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale, sortant directement d'un hôpital psychiatrique, se situe entre 10 % à 30 %. De ce pourcentage, seulement 10 % à 15 % sont encore en emploi cinq ans plus tard. La majorité de ces personnes obtiennent cependant un emploi protégé ou transitionnel, c'est-à-dire non compétitif¹ (Scheid et Ander, 1995).

Or, puisqu'il « est largement reconnu que l'exercice d'une activité professionnelle est un des facteurs contribuant le plus efficacement au rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux » (Pachoud, 2017, p. 57), le travail devient un élément crucial dans le traitement de celles-ci. L'insertion au travail consiste dans un premier temps à obtenir un emploi et ensuite, à le maintenir (St-Arnaud et Corbière, 2011). Par conséquent, cette population rencontre plusieurs obstacles liés à l'insertion et au maintien en milieu de travail. Un bref portrait des différents obstacles liés à l'insertion et au maintien est présenté dans la prochaine section,

¹ « *L'emploi compétitif* (avec ou sans soutien de la part de l'intervenant) est défini comme un emploi régulier sur le marché du travail soit à temps plein soit à temps partiel au taux horaire minimum » (Villeneuve, Corbière, Mercier et Lesage, 2007, p. 222).

suivi de l'importance d'un accompagnement professionnel en employabilité pour cette population.

1.3.1 Obstacles liés à l'insertion

Pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale, le travail devient un point d'ancrage important à l'égard du traitement et de la réadaptation. Une évaluation systématique des obstacles liés à l'insertion au travail de cette population justifie toutefois qu'à l'apparition des premiers symptômes du problème de santé mentale, les possibilités d'accomplir des objectifs professionnels et de faire des choix de carrière sont, pour la plupart, interrompues. Les conséquences de cette interruption peuvent entraîner un abandon des études, une baisse de l'estime et de la confiance en soi ainsi que des difficultés à prendre des décisions professionnelles et à les mettre en œuvre (Villeneuve, Corbière, et *al.*2007). Les personnes souffrant d'un problème de santé mentale sont également plus susceptibles de vivre de l'instabilité ainsi que de la précarité professionnelle que le reste de la population (Sanderson et Andrews, 2006; Virtanen, Kivimaki, Elovainio, Vahtera, Kokko et Pulkkinen, 2005).

En référence à Bachrach (1991), Provost, Corbière, Bordeleau et Mercier (2002) notent qu'il existe six catégories d'obstacles liés à l'insertion en emploi pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale en recherche d'emploi :

- 1) le manque d'articulation entre les organismes de réadaptation au travail et les autres services de santé mentale; 2) une réponse pas toujours adéquate aux besoins vocationnels de la personne; 3) un manque de soutien des (*sic*) personnes qui ont

obtenu un emploi; 4) une vision quelquefois irréaliste des capacités des personnes; 5) le risque de perdre des allocations associées à la maladie; et 6) les conditions politiques et économiques trop restreintes des programmes de réadaptation vocationnelle. (p. 196)

De plus, de nombreux travaux tirés de la recension de Provost et ses collaborateurs, (2002) ont souligné qu'il existe des facteurs internes et externes s'ajoutant ainsi aux obstacles liés à l'insertion en emploi. Ces travaux mentionnent en effet que les difficultés à intégrer un emploi peuvent être liées notamment au diagnostic, aux effets secondaires de la médication, à la consommation (drogue et alcool), à la motivation ou à l'anxiété ainsi qu'au manque d'énergie et au manque de scolarisation.

Finalement, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale sont souvent victimes et de stigmatisation au cours de leur vie, ce qui constitue également un obstacle important dans leur insertion et au maintien au travail (Santé Canada, 2002). « La stigmatisation s'inscrit dans un processus complexe mettant en relation plusieurs concepts, tels l'étiquetage social et la discrimination, la déviance et la normalisation des comportements, la vulnérabilité et les rapports de pouvoir, la représentation sociale, voire même l'identité » (St-Hilaire, 2011. p. 31). Dans le même ordre d'idées, Provost et ses collaborateurs (2002) mentionnent que 70 % des employeurs sont réticents à l'idée d'embaucher une personne recevant des traitements psychiatriques.

Considérant que la personne qui souffre de stigmatisation est généralement perçue comme étant inférieure en ce qui concerne la position sociale (Rogel, 1997), qu'elle peut aussi être perçue comme étant un fardeau et une menace à l'ordre social, celle-ci doit constamment

lutter contre cette étiquette qui lui est attribuée, constituant ainsi le principal obstacle à sa réinsertion sociale. (St-Hilaire, 2011)

1.3.2 Obstacles liés au maintien

Le fait de faire partie d'une minorité ethnique ou d'avoir un diagnostic de schizophrénie, par exemple indique une plus faible probabilité de se maintenir en emploi, et ce, sur une période de trois mois (Villeneuve, et *al.*2007). La sévérité des symptômes psychiatriques contribuerait aux obstacles liés à l'insertion et au maintien en emploi. La littérature montre d'ailleurs certaines sources de difficultés possibles à l'égard du maintien en emploi, soit les symptômes spécifiques au trouble, les symptômes négatifs² ainsi que les déficits en ce qui concerne les habiletés sociales (Cook et Razzano, 2000). À titre d'exemple, une personne atteinte de schizophrénie, dans sa phase active, pourrait présenter davantage de difficulté à se maintenir en emploi, car son niveau de fonctionnement est nettement en dessous du niveau atteint avant l'apparition des symptômes, notamment à l'égard du travail et des relations interpersonnelles (American Psychiatric Association, 2016). C'est dire que lorsqu'une personne présente davantage de symptômes liés au trouble, son niveau de fonctionnement en emploi peut s'amoindrir et entraîner des difficultés relationnelles et à réaliser les tâches qui lui sont attribuées, pouvant ainsi mener à sa mise à pied.

Les difficultés vécues en milieu de travail peuvent être un facteur contribuant à la détérioration de l'état de santé de la personne, pouvant mener jusqu'à l'interruption du maintien en emploi de celle-ci. À titre d'exemple, la simple anticipation d'un retour au travail peut être une

² « Les symptômes dits négatifs se traduisent par une réduction des activités ou une diminution de réaction par rapport à une situation donnée ». (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018)

source d'anxiété nuisant considérablement au processus de rétablissement de la personne employée dans le cas où ledit emploi a fait l'objet d'expériences négatives. Les expériences antérieures de travail, la durée d'absence sur le marché du travail depuis le dernier emploi (par exemple, à cause d'une hospitalisation) et les aspects motivationnels sont entre autres des variables individuelles influençant le maintien en emploi (St-Arnaud et Corbière, 2011).

Or, pour augmenter de manière significative le maintien en emploi des personnes atteintes d'un problème de santé mentale, Corbière, Lecomte, Goldner, Lesage et Yassi (2007) définissent plusieurs types d'accommodements possibles. Avoir un horaire de travail flexible, c'est-à-dire pouvoir débiter son quart de travail plus tard et ainsi terminer plus tard, établir un mode d'intégration graduel à l'égard des tâches de travail pour ainsi accorder le temps nécessaire à la personne de s'acclimater à son nouvel environnement de travail, bénéficier d'une rétroaction constante de la part des collègues et du supérieur immédiat en sont d'ailleurs quelques exemples.

Puisqu'il est établi que le travail occupe une place fondamentale dans la vie de la majorité des personnes, que cette activité permet aux personnes aux prises avec un problème de santé mentale l'inclusion et l'intégration dans la société (Hamel, 2007; OCDE, 2009), que pour cette population, plusieurs obstacles liés au processus d'employabilité sont rencontrés, il devient donc essentiel pour elle d'obtenir un accompagnement professionnel en employabilité afin d'augmenter les chances d'insertion et de maintien en emploi.

1.3.3 L'importance d'un accompagnement professionnel

Obtenir un emploi implique de multiples processus de planification et de prise de décision. Ces processus peuvent être une expérience particulièrement difficile pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. En effet, ces personnes pourraient se sentir dépassées par les obstacles à surmonter en recherche d'emploi et par conséquent, se sentir moins confiantes dans leur démarche professionnelle (Corbière, Mercier et Lesage, 2004). L'accompagnement professionnel est donc un facteur important à l'égard de l'insertion et du maintien en emploi pour cette population. Un accompagnement professionnel en recherche d'emploi des adultes atteints d'un problème de santé mentale est, entre autres, un moyen permettant d'« avoir du support au niveau de l'insertion et de l'adaptation en emploi, ainsi que d'obtenir du soutien à toutes les étapes du processus » (Proulx-Bourque, 2013, p. 4). L'intégration socioprofessionnelle constitue d'ailleurs un objectif important des programmes de réadaptation offerts aux personnes présentant un problème de santé mentale. Outre les bénéfices économiques qui peuvent en découler, l'exercice d'un travail peut avoir des retombées positives sur le plan psychologique et social des personnes atteintes d'un problème de santé mentale (Déry, Mercier, Toupin et Dumas, 1996).

En conséquence, les services en employabilité doivent correspondre aux besoins de la personne, et ce, dans le respect de sa capacité et de son potentiel (Comité de la santé mentale du Québec, 2005). En ce sens, le Comité de la santé mentale du Québec (2005) dénombre quatre types de services d'employabilité favorisant l'intégration sociale et économique pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Sur le plan de l'implication sociale, le soutien offert permet aux usagers de se sentir davantage utiles et valorisés dans divers secteurs

d'activités sans but lucratif. Dans le cadre de ces activités, les personnes améliorent leur qualité de vie et développent davantage leurs compétences au sein de la communauté. Les services s'inscrivant davantage en pré-employabilité visent l'acquisition d'habiletés et d'habitudes préalables au développement en employabilité. Les usagers des services de pré-employabilité développent des compétences de base liées à la réalisation du potentiel de la personne. Ensuite, les services de développement à l'employabilité visent, quant à eux, le développement et l'acquisition de compétences transférables favorisant l'intégration et le maintien en emploi. Finalement, les services de pairage, de suivi et de soutien à la personne permettent le soutien dans l'intégration en emploi en entreprise régulière ou adaptée (Comité de la santé mentale du Québec, 2005).

De plus, dans les écrits scientifiques, il a été mentionné qu'un accompagnement professionnel en employabilité augmente les chances d'insertion sur le marché du travail et de maintien en emploi des adultes atteints d'un problème de santé mentale. En effet, selon une recension de Proulx-Bourque (2013), l'accompagnement professionnel permet à l'individu d'accéder à un statut professionnel à l'aide d'outils, de services et de programmes adaptés aux besoins de chacun. Les résultats des études recensées indiquent que les personnes qui participent à un programme d'aide en employabilité, tel que présenté précédemment, auraient tendance à se maintenir deux fois plus longtemps en emploi que celles qui n'ont pas participé à ce type de programme. Ces résultats sont, entre autres, expliqués par le fait que l'accompagnement sert notamment à trouver un emploi dans le champ d'intérêts de l'individu. Les résultats rapportent également que 40 à 60 % des adultes atteints d'un problème de santé mentale et qui participent à un programme d'employabilité obtiennent un emploi avec une possibilité d'avancement contre

20 % des individus dans la même situation qui n'ont pas suivi de programme (Proulx-Bourque, 2013).

Rappelons qu'occuper un emploi chez les personnes atteintes d'un problème de santé mentale favorise le développement de leur autonomie ainsi que d'une routine de vie. L'emploi leur procure également un sentiment d'accomplissement de soi (Provencher, Gregg, Craford et Mueser, 2002). Dans le même ordre d'idées, Siu, Tsang et Bond (2010) notent que les retombées positives de l'insertion en emploi sont rapportées dès le troisième mois de travail et se poursuivent au-delà du sixième mois. Parmi ces retombées positives, l'étude recense notamment une plus grande autonomie financière, une meilleure qualité de vie, une meilleure vie sociale ainsi qu'un sentiment d'accomplissement personnel.

Or, en considérant que les personnes atteintes de problèmes de santé mentale vivent plusieurs obstacles sur les plans de l'insertion et du maintien en emploi et que cela nécessite, pour plusieurs, un besoin d'accompagnement professionnel, il va sans dire que les professionnels spécialisés en santé mentale, dont font partie les conseillères et conseillers d'orientation (c.o.), doivent assurer la protection de cette population, souvent victime de stigmatisation, et par conséquent plus vulnérable, au sein de leurs interventions. Les personnes professionnelles de l'orientation, « par leur expertise de la relation individu-travail-formation, visent le mieux-être personnel et professionnel en mobilisant le potentiel des personnes et en les aidant à prendre leur place dans la société tout au long de la vie » (OCCOQ, 2018, s.p.). Plus spécifiquement pour la population en santé mentale, les c.o. en réadaptation sont en mesure d'intervenir avec justesse dans l'élaboration d'un projet d'insertion socioprofessionnelle, dans le cheminement

psychologique d'un processus de deuil lié au travail ou aux études, comme soutien dans une démarche identitaire, dans la recherche et la transmission d'informations scolaires et professionnelles, dans la définition d'un pronostic en situation d'employabilité ainsi que dans l'adaptation en milieu scolaire ou de travail (OCCOQ, s.d.).

1.4 Le rôle des c.o. en santé mentale

L'intervention en orientation est un soutien professionnel bénéfique notamment pour la population atteinte de problèmes de santé mentale. En effet, le rapport du comité d'experts sur la modernisation de la pratique en santé mentale et en relations humaines place les c.o. comme étant des acteurs importants en santé mentale et en relations humaines (Gouvernement du Québec, 2005). La modification du Code des professions du Québec en 2012, visant à assurer une meilleure protection du public, est entre autres venue consolider l'importance de l'évaluation dans la pratique des c.o. en actualisant leur champ d'exercice en leur attribuant des activités professionnelles d'évaluation réservées (OCCOQ, sd. ; Gouvernement du Québec, 2005). Le champ d'expertise des c.o. s'est vu modifié comme suit :

évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, à intervenir sur l'identité, à développer et à maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de faire des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement. (Code des professions, 2017, s.p.)

Les conseillères et conseillers d'orientation ont maintenant accès à « quatre activités réservées constituant une nouvelle responsabilité plutôt qu'une nouvelle pratique » (OCCOQ, 2011, p. 7). Ces activités se distinguent par leur risque de préjudice, par une formation complexe menant aux compétences requises et par l'évaluation de personnes vulnérables et de contextes particuliers (Office des professions du Québec, 2013). C'est dire que les personnes ayant les compétences pour accomplir une activité réservée sont habilitées à le faire (Office des professions du Québec, 2013). Ces quatre activités réservées sont:

- a) Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité ;
- b) Évaluer les troubles mentaux, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe O de l'article 94 ;
- c) Évaluer le retard mental ;
- d) Évaluer un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation dans le cadre de la détermination d'un plan d'intervention en application de la Loi sur l'instruction publique. (Gouvernement du Québec, 2009, p. 7)

Le comité d'experts responsable de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines affirme que les c.o. peuvent apporter une contribution importante en ce qui a trait à certains services spécialisés. Leur expertise vise, entre autres, à

promouvoir la santé tout en prévenant les maladies et les problèmes sociaux des individus (Milot-Lapointe et Savard, 2013). Or, les conseillères et conseillers d'orientation peuvent être amenés à travailler avec cette population qui, somme toute, a aussi droit « comme les autres Québécois, à un rôle social valorisant, à une occupation dans la mesure de leurs intérêts, capacités et valeurs personnelles » (Gagné, 2000, p. 14)

Il est établi que l'intervention en orientation est bénéfique pour une population atteinte de troubles de santé mentale. Le champ d'expertise des c.o. a d'ailleurs été modifié en ce sens, leur attribuant ainsi quatre activités réservées dont deux directement liées à l'évaluation des troubles de santé mentale. Force nous est de constater que l'évaluation demeure au cœur du champ de pratique des personnes professionnelles de l'orientation et que cette activité doit être rigoureuse, systématique et exhaustive (OCCOQ, 2010).

1.5 Autres professionnels habilités à intervenir auprès de cette population

Outre les personnes professionnelles de l'orientation, d'autres professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines se sont également vu redéfinir leur champ d'exercice par la mise en place d'activités réservées, c'est-à-dire justifiées par le haut risque de préjudice associé aux activités visées. En effet, les psychologues, les travailleuses et travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux, les psychoéducatrices et psychoéducateurs, les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers ainsi que les médecins font tous partie de la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Dans l'exercice de leur profession, ils ont le même mandat que les c.o., c'est-à-dire promouvoir la

santé (Gouvernement du Québec, 2005; OCCOQ, 2010). L'évaluation en santé mentale est donc au cœur de cette modernisation de la pratique professionnelle. En effet, elle

implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par les professionnels habilités. (Gouvernement du Québec, 2005, p. 7)

Or, en ce qui a trait l'activité réservée concernant l'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité, « le Comité d'experts propose : – de réserver l'activité aux professionnels suivants : psychologue, travailleur social, thérapeute conjugal et familial, conseiller d'orientation, psychoéducateur, ergothérapeute, criminologue et sexologue » (Gouvernement du Québec, 2005, p. 38).

Seul le professionnel détenteur d'une attestation de formation délivrée par son ordre professionnel peut exercer cette activité réservée. L'ordre professionnel doit donc suivre un processus prévu au Code des professions indiquant notamment la formation requise pour l'obtention de cette attestation. Ce processus vise à standardiser la formation nécessaire assurant ainsi la compétence de chaque professionnel pouvant effectuer ce type d'activités (Gouvernement du Québec, 2005.).

Or, il est possible de remarquer que l'évaluation fait partie intégrante de l'accompagnement réalisé par ces professionnels, dont font partie les c.o. Cet accompagnement peut augmenter les chances d'insertion et de maintien en emploi des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Il s'avère cependant nécessaire de bien évaluer la condition de l'individu au cours du processus d'accompagnement afin de permettre des interventions ajustées aux besoins et aux caractéristiques psychologiques de la personne cliente. L'évaluation des facteurs biopsychosociaux peut se faire à différents moments au cours d'un processus d'orientation selon le contexte d'intervention. Plusieurs outils et techniques d'intervention sont utilisés (entrevues, instruments psychométriques, observation, activités d'exploration et autres) pour offrir le meilleur accompagnement possible.

2. MÉTHODES D'ÉVALUATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

L'évaluation du fonctionnement psychologique en orientation, sans toutefois inclure des actes réservés, nécessite de recueillir suffisamment d'informations sur les ressources personnelles et les conditions du milieu de la personne évaluée. Elle permet de prendre en considération l'ensemble de la dynamique de l'individu, ce qui implique également de considérer l'évaluation des problèmes de santé mentale. Tel que mentionné précédemment, l'évaluation en orientation est un processus qui permet de recueillir des informations à l'aide de différents moyens et d'outils en fonction des objectifs liés à l'intervention. Le choix de la méthode permet d'adapter les interventions et d'assurer une meilleure qualité de service puisque les problèmes de santé mentale engendrent souvent des limitations au travail et à l'insertion professionnelle. Ceci explique notamment pourquoi déterminer avec précision le degré d'atteinte psychopathologique

chez un individu demande un haut niveau de rigueur dans la méthode d'évaluation utilisée (Drouin, 2011). En d'autres termes,

L'évaluation implique de porter un jugement clinique permettant d'estimer et d'apprécier la situation de la personne selon un cadre de travail rigoureux, exhaustif et systématique, de manière à pouvoir en partager les résultats et à mettre en évidence ses enjeux. (OCCOQ, 2010, p. 6)

Les problèmes de santé mentale ne présentent pas nécessairement de symptômes apparents ou évidents comme c'est le cas pour une maladie physique (Drouin, 2011). Or, afin d'évaluer de manière pertinente la qualité de vie d'un individu atteint d'un problème de santé mentale, il est important d'utiliser des outils et instruments appropriés (Atkinson et Zibin, 1996).

2.1 Méthodes d'évaluation

Il existe quelques méthodes qui permettent d'évaluer les problèmes de santé mentale. D'abord, ce type d'évaluations se réfère à des systèmes de classification reconnus pour permettre de définir et classer lesdits troubles. Ensuite, pour faire en sorte que l'évaluation soit davantage complète et significative, d'autres méthodes d'évaluation sont utilisées. En effet, l'observation, l'entrevue clinique et les tests psychométriques sont, entre autres, des pratiques utilisées par les différents spécialistes œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. La prochaine section présentera donc ces différentes méthodes d'évaluation.

2.1.1 Systèmes de classification

D'abord, le Guide explicatif de la modification du Code des professions du Québec en 2012 mentionne que l'évaluation des troubles mentaux doit s'appuyer sur des systèmes de classification reconnus tels que la CIM³ et le DSM ceux-ci étant les plus utilisés (Desjardins, 2013). Le DSM-5 propose d'ailleurs une classification des troubles mentaux sur laquelle peut s'appuyer l'évaluation clinique. Cette classification permet au clinicien de déterminer le pronostic, les stratégies de traitement et les résultats attendus à la suite du traitement (American Psychiatric Association, 2016). Dans le DSM, symptômes et signes cliniques sont rassemblés en syndromes caractéristiques révélant ainsi un trouble mental sous-jacent. Ces syndromes sont accompagnés d'« une évolution clinique typique, une histoire développementale, des facteurs de risques biologiques et environnementaux et des corrélats neuropsychologiques et physiologiques qui sont caractéristiques » (American Psychiatric Association, 2016, p. 3). En conséquence, l'évaluation ne se limite pas simplement à cocher les symptômes présents dans la liste de critères diagnostiques. L'obtention d'informations complémentaires et collatérales est donc nécessaire. Pour obtenir ces informations additionnelles, les cliniciens utilisent les entrevues cliniques, les observations ainsi que les tests psychométriques.

2.1.2 L'entrevue clinique, l'observation et les instruments psychométriques

L'entrevue clinique est un processus dans lequel la personne professionnelle et la personne interviewée interagissent ensemble pour arriver à un ou plusieurs objectifs communs

³ Classification internationale des maladies, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (2001).

par la collaboration mutuelle (Cloutier et Leclerc, 2011). L'entrevue consiste à examiner le fonctionnement émotionnel et cognitif de l'individu interviewé en recueillant suffisamment de données pour évaluer ses forces et ses habiletés d'adaptation et pour ensuite dépister tout problème considéré pathologique (Jarvis et Pagé, 2010). Elle permet de recueillir des données subjectives auto-rapportées, c'est-à-dire de l'information que la personne donne sur elle-même (Jarvis et Pilote, 2010). Il y a trois types d'entrevues possibles, structurée, semi-structurée et non structurée selon les besoins de l'évaluation (Benny, Huot, Lalonde, Landry-Cuerrier, Marinier et Sergerie, 2016).

L'évaluation par l'observation s'inscrit dans un ensemble d'étapes permettant d'observer l'état mental de la personne évaluée à travers plusieurs médiums, notamment le langage non verbal, l'apparence, l'habillement, l'hygiène, la posture, les gestes et les expressions faciales (Benny *et al.*, 2016). Les observations recueillies permettent ainsi de compléter les informations obtenues lors de l'entrevue clinique (Benny *et al.*, 2016).

L'évaluation clinique peut également se faire par l'utilisation de tests psychométriques⁴. En effet, l'utilisation de ces tests est aussi un moyen d'évaluer les problèmes de santé mentale d'un individu.

La psychométrie est née de la préoccupation de mesurer les différences qui caractérisent les individus dans leurs diverses dimensions psychologiques. [...]

⁴ « Un test psychométrique est un dispositif développé scientifiquement qui permet de mesurer un concept psychologique de manière objective et standardisée. Il est constitué d'un ensemble de questions ou de tâches strictement encadrées, destinées à évaluer rigoureusement le comportement ou les réponses de la personne en fonction de critères prédéterminés. » (Guédon *et al.*, 2011).

Les résultats d'un test sont donc des informations essentiellement relatives aux barèmes de références utilisés, en termes de caractéristiques psychologiques telles que ses intérêts, ses aptitudes, ses traits de personnalité, son état de santé psychologique ou sa manière de réagir à une situation. (Guédon, Savard, Le Corff et Yergeau, 2011, p. 15)

Les résultats d'un test psychométrique permettent aux personnes professionnelles de l'orientation de mieux orienter leurs rencontres, de mieux connaître la dynamique du client pour ensuite mieux comprendre son fonctionnement psychologique. Les résultats peuvent également permettre à la personne professionnelle chargée du dossier de tirer des conclusions, de référer par la suite le client à un autre professionnel du domaine, tel qu'un médecin, pour émettre une évaluation plus approfondie. Pour le client, les résultats au test peuvent l'aider à se comprendre, à se connaître et à exprimer plus facilement son vécu (Guédon, *et al.*, 2011). De plus, les évaluations psychométriques, conformément validées et reconnues, permettent de recueillir des données objectives et standardisées pour compléter et nuancer les données recueillies lors d'entretiens réalisés préalablement (OCCOQ, 2010).

En considérant qu'il existe plusieurs méthodes et instruments pour évaluer les problèmes de santé mentale et qu'il est nécessaire de porter un jugement clinique lors de l'évaluation psychologique d'un individu, la psychométrie joue un rôle important dans la démarche d'évaluation en orientation. En effet, ces instruments favorisent une compréhension plus approfondie de la situation de la personne évaluée en obtenant des informations qui, souvent, ne peuvent être accessibles autrement (OCCOQ, 2010). Grâce à ces instruments, une grande

quantité d'informations sont recueillies, et ce, à des coûts limités, procurant ainsi un gain significatif de temps à l'évaluateur.

De manière plus spécifique, la psychométrie est généralement considérée comme la science de la mesure en psychologie (Bernaud, 2007). Depuis sa création, la psychométrie a progressé « en tant que moyen de diagnostic et de prévention, pour servir les personnes et les institutions afin de mieux éduquer, orienter, soigner ou évaluer des problématiques et des situations très variées » (Bernaud, 2007, p. 33). L'évaluation psychologique s'appuie sur plusieurs compétences, dont celles en psychométrie, puisqu'il s'agit d'une activité complexe (Desjardins, 2008). Il est donc important de choisir le bon instrument psychométrique en fonction du type d'évaluation (Atkinson et Zibin, 1996). « Le choix d'un instrument est une décision qui dépend de divers facteurs, surtout des ressources nécessaires à son application et à sa qualité » (Atkinson et Zibin, 1996, s.p.). Il faut tout d'abord identifier le besoin en matière d'évaluation, c'est-à-dire avoir une idée claire du besoin auquel les personnes professionnelles de l'orientation tentent de répondre. Le choix de l'instrument en fonction de la problématique vécue, dont les caractéristiques sont les plus appropriées à la situation, et le moment de la passation sont également des éléments à considérer. De plus, lorsque ces méthodes d'évaluation sont utilisées à bon escient, elles permettent un support à la communication en établissant un pont entre les interlocuteurs qui pourront ensuite échanger une panoplie d'informations pour confronter, préciser ou encore infirmer certaines de ces informations (Bernaud, 2007). « Parmi la panoplie de méthodes d'évaluation disponibles, l'évaluation psychométrique est privilégiée en orientation de par son utilité, sa finalité et ses caractéristiques fondamentales » (Dorceus, 2014, p. 24).

En effet, l'utilisation d'instruments psychométriques présente plusieurs avantages pour l'évaluation des problèmes de santé mentale, entre autres, celui de mesurer de manière standardisée et objective un ou plusieurs concepts psychologiques (Guédon, *et al.*, 2011). L'évaluation psychométrique permet également de comprendre le fonctionnement psychologique des individus, de réduire l'erreur d'évaluation d'un phénomène psychologique, d'aider au développement de la personne et de faciliter la communication (Bernaud, 2007). De plus, les scores obtenus au test sont interprétés en comparaison aux résultats obtenus d'un échantillon représentatif d'une population de référence et permettent de situer la personne par rapport à une norme (Anastasi, 1994).

Bien que ces instruments soient un atout dans l'évaluation des problèmes de santé mentale, ils rencontrent toutefois certaines limites. Tout d'abord, les résultats obtenus à la suite d'une évaluation reflètent l'état de la personne évaluée en fonction de son développement au moment précis où a lieu l'évaluation (Guédon, *et al.*, 2011). Il est donc important de considérer dans l'évaluation que certaines données peuvent évoluer au cours du processus et que l'évaluateur ne peut pas se fier uniquement à ce type de données pour rendre une décision (Guédon, *et al.*, 2011). De plus, les résultats obtenus peuvent être source de biais liés au contexte, à l'évaluateur ou encore à la personne évaluée (Guédon, 1994). La validité des résultats obtenus peut donc varier selon plusieurs facteurs. Ensuite, les résultats obtenus des tests psychométriques n'offrent qu'une représentation partielle de l'ensemble des caractéristiques de l'individu (Guédon, *et al.*, 2011). Or, que ce soit fait consciemment ou non, la personne évaluée peut omettre de transmettre certaines informations à son sujet pour plusieurs raisons lors de la passation d'un test auto-rapporté en évaluation de la santé mentale (Holden et Troister,

2009). Cela constitue la principale limite des tests psychométriques, car l'évaluation est notamment limitée par la connaissance de soi et la franchise de la personne évaluée.

Les instruments psychométriques d'évaluation des problèmes de santé mentale chez l'adulte sont majoritairement auto-rapportés. Il s'avère donc pertinent de consulter d'autres sources d'informations afin de valider l'information auto-rapportée recueillie pour mener une évaluation plus exhaustive. Certains auteurs, notamment Achenbach (2006), soutiennent qu'il est avantageux de recourir à d'autres informateurs pour obtenir des données complémentaires à celles fournies par la personne évaluée.

3. ÉVALUATION MULTI-INFORMATEURS

Bien qu'il soit important de considérer les données auto-rapportées pour l'évaluation des problèmes de santé mentale d'un individu, il est également suggéré de recueillir des informations provenant de sources différentes, car les personnes évaluées peuvent ne pas être complètement conscientes du caractère pathologique de certains comportements et émotions vécues (Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart, 2014). Or, lorsque cela paraît nécessaire, le professionnel clinicien doit être en mesure de recueillir auprès des membres de la famille ou d'une tierce personne davantage de renseignements sur le fonctionnement de l'individu que ceux qui sont auto-rapportés (American Psychiatric Association, 2016). La méthode multi-informateurs est d'ailleurs une méthode qui permet de combiner les évaluations de plusieurs informateurs dans le but d'obtenir un pronostic d'évaluation plus valide et complet (Roskam, Stievenart, Meunier, Van De Moortele, Kinoo, et Nassogne, 2009). Les personnes professionnelles de l'orientation, ou dans tout autre domaine connexe, se doivent d'évaluer leur client de manière à s'en faire un

portrait global pour ainsi comprendre les différents enjeux liés à leur dynamique (forces, limites, besoins). Cette méthode d'évaluation permet notamment aux différents professionnels d'évaluer un individu sous plusieurs angles par l'auto-évaluation et par l'évaluation faite d'une tierce personne.

La méthode multi-informateurs a pour objectif de questionner la variabilité observée entre l'instrument d'évaluation et les différents informateurs. En effet, « cette procédure propose de combiner les évaluations de différents informateurs en évitant de considérer que la variabilité observée entre eux résulte d'erreurs de mesure à éliminer » (Roskam, Stievenart, Meunier, Van De Moortele, Kinoo, et Nassogne, 2009, p. 192). Achenbach (2006) montre que les corrélations entre les évaluations auto-rapportées et les évaluations faites par un proche sont relativement faibles. Cette méthode considère cependant les discordances entre les informateurs comme étant la conséquence d'avoir combiné plusieurs sources d'informations (Perren, Von Wyl, Stadelmann, Bürgin et Von Klitzing, 2006). Ainsi, grâce à cette méthode, un informateur n'est pas privilégié au détriment des autres (Roskam et *al.*, 2009).

À titre d'exemple, dans le cas d'un problème physique, le clinicien chargé de l'évaluation utilisera plusieurs sources d'informations pour obtenir davantage de renseignements. En fait, il utilisera l'entrevue clinique, l'examen physique, la prise de sang, certains tests de laboratoire, l'imagerie médicale ainsi que la vérification de la pression artérielle et de la température. Lorsqu'il y a des contradictions dans les données recueillies, les médecins peuvent considérer des diagnostics multiples, chercher des informations supplémentaires, réévaluer les problèmes ou offrir des soins palliatifs provisoires (Achenbach, 2006). Pour l'évaluation multi-informateurs en

santé mentale, la collecte d'informations et l'utilisation des données est similaire. Les données recueillies par plusieurs informateurs, bien que leur degré d'accord soit faible, peuvent être comparées entre elles et utilisées de nombreuses façons afin d'obtenir davantage d'informations sur différents aspects du fonctionnement d'un individu (Achenbach, 2006). En effet, des « recherches⁵ ont montré que l'examen des convergences et des divergences entre différentes sources d'information apporte une amélioration de la compréhension des cas cliniques » (Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart, 2014, p. 3). De plus, ces recherches apportent « un approfondissement sur la réflexion sur les différences qualitatives et quantitatives des manifestations d'un même trouble dans des environnements différents » (Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart, 2014, p. 3).

Dans le même ordre d'idées, Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova (2005) stipulent que les évaluations auto-rapportées peuvent souvent fournir des images différentes du fonctionnement d'un adulte en comparaison aux informations provenant de différentes sources. C'est dire que les diagnostics basés uniquement sur les évaluations auto-rapportées concordent difficilement avec les diagnostics basés sur de multiples sources de données (Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova, 2005). La recherche est donc nécessaire pour être en mesure de définir les degrés d'accords entre les informateurs pour ainsi optimiser l'utilisation des données en provenance de sources multiples (Achenbach, 2006).

⁵ « (Achenbach, McCaughy et Howell, 1987; Barker, Bornstein, Putnick, Hendrick et Suwalsky, 2007; Kraemer *et al.*, 2003; Veerman et De Bruyn, 2005; Petot, Rescorla et Petot, 2010; Rescorla *et al.*, 2012a; Rescorla *et al.*, 2010; Verhulst et Van der Ende, 1991) ». (Petot *et al.*, 2014, p. 3).

3.1 L'ASEBA chez les adultes

Les instruments *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) sont les seuls instruments psychométriques utilisant la méthode multi-informateurs pour l'évaluation des problèmes de santé mentale chez l'adulte et disponibles en français au Canada. Ce sont des instruments dédiés à l'évaluation comportementale chez l'adulte, soient l'Adult Self-Report (ASR) et l'Adult Behavior Checklist (ABCL) d'Achenbach. Bien qu'une partie de cette évaluation soit auto-rapportée, elle donne également accès à la perception des proches de la personne évaluée. Ces instruments ne sont pas des outils diagnostiques, c'est-à-dire qu'ils ne permettent pas l'identification de la présence ou de l'absence d'un trouble à partir de critères préétablis, mais qui permettent plutôt au clinicien d'émettre des hypothèses cliniques (First et Wakefield, 2013).

Étant donné que la traduction de ces instruments a été faite récemment, il serait pertinent de connaître la contribution relative des deux sources d'information (ASR et ABCL). En effet, jusqu'à maintenant, des études ont été réalisées avec les premières données psychométriques recueillies de la version traduite et adaptée de l'ASR. La conclusion de ces études montre que l'ASR est un bon instrument de dépistage en soi, mais qu'il serait plus judicieux d'utiliser, en plus, une méthode multi-informateurs afin d'obtenir une évaluation plus globale de la personne évaluée appuyant ainsi le jugement clinique des personnes évaluatrices (Le Corff *et al.*, 2018a). Or, dans l'optique de donner un appui valide à l'utilisation de la version canadienne-française de ces instruments, pour les personnes professionnelles dans le domaine de la santé mentale et des

relations humaines, il serait intéressant d'étudier le degré de cohérence entre les scores des différentes échelles de ces deux instruments obtenus à l'aide de différents répondants.

4. QUESTION GÉNÉRALE DE RECHERCHE

Les problèmes de santé mentale au Québec touchent une partie importante de la population québécoise. Pour les individus touchés, l'insertion et le maintien en emploi peuvent être des défis importants. En effet, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale rencontrent plusieurs obstacles liés à l'insertion et au maintien en emploi, tels qu'un manque de soutien, le risque de perdre des allocations associées à la maladie ou encore de la discrimination. L'accompagnement et le soutien d'une personne professionnelle spécialisée en santé mentale, notamment les conseillères et conseillers d'orientation, peuvent s'avérer bénéfiques à plusieurs niveaux pour venir en aide à cette population. Or, afin de s'assurer que les personnes atteintes d'un problème de santé mentale puissent bénéficier d'un service de qualité et adapté à leurs conditions, certaines activités en lien avec l'évaluation de ces personnes ont été réservées en raison du risque de préjudice lié à leur réalisation. Les personnes professionnelles de l'orientation sont évidemment touchées par ces activités d'évaluation qui consolident leur rôle d'intervenants auprès des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, notamment à l'égard de l'incapacité engendrée à se loger, à quitter son lieu de résidence habituel, à accomplir les activités courantes, à maintenir des relations interpersonnelles harmonieuses, à poursuivre des études, à s'insérer sur le marché du travail, à s'intégrer à la société, etc. (Gouvernement du Québec, 2005). Pour être en mesure de bien accompagner cette population vulnérable, l'évaluation clinique est au cœur du champ de pratique des professionnels du domaine de la santé

mentale et des relations humaines. Cette évaluation repose sur le fait de porter un jugement clinique en fonction des informations recueillies par la personne professionnelle habilitée dans le cadre de son champ d'expertise, pour ensuite en communiquer les conclusions (OCCOQ, 2004).

L'évaluation des problèmes de santé mentale peut se faire par le biais de diverses méthodes. Les instruments psychométriques sont maintenant reconnus comme étant pratique courante dans la pratique des conseillères et conseillers d'orientation (OCCOQ, 2004). L'utilisation de ces instruments est d'ailleurs privilégiée dans le processus d'évaluation d'une personne (Urbina, 2004), car ces derniers permettent d'obtenir des informations précises, quelquefois inaccessibles autrement, et ce, à l'égard du comportement humain aidant à la prise de décisions et permettant ainsi une meilleure compréhension de soi (Shum, Myers, et O'Gorman, 2006). Toutefois, les instruments psychométriques d'évaluation des problèmes de santé mentale chez l'adulte sont majoritairement auto-rapportés. Cela constitue leur principale limite, car l'évaluation est limitée par la connaissance de soi et la franchise de la personne évaluée. Dans plusieurs cas, les personnes évaluées ne sont pas complètement conscientes du caractère pathologique dans leurs réactions notamment sur les plans émotionnel et comportemental (Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart, 2014). Or, avec le consentement de la personne évaluée et lorsque cela apparaît nécessaire, le professionnel chargé de l'évaluation a l'opportunité de recueillir, auprès des membres de la famille ou d'une tierce personne, davantage de renseignements sur le fonctionnement de l'individu que ceux qui sont auto-rapportés. La méthode d'évaluation multi-informateurs permet donc aux personnes professionnelles d'évaluer un individu sous plusieurs angles par l'auto-évaluation et par l'évaluation faite par une tierce personne (Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart, 2014). En regard des constats relevés

précédemment et du peu d'information disponible actuellement à ce propos, il devient donc pertinent de mener une étude pour connaître le degré d'accord entre les différents informateurs, et ce, tel que suggéré par Achenbach (2006).

Ce mémoire vise donc à répondre à la question suivante : Quel est le degré d'accord entre les résultats recueillis à l'ASR (questionnaire auto-rapporté) et à l'ABCL (questionnaire répondu par un autre informateur) chez des adultes atteints de problèmes de santé mentale?

DEUXIÈME CHAPITRE. CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce deuxième chapitre comporte deux sections, soit la présentation des instruments d'évaluation du fonctionnement psychologique *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) ainsi qu'une recension des écrits sur la méthode multi-informateurs.

1. ASEBA : SYSTÈME D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT PSYCHOLOGIQUE

1.1 Des instruments basés sur l'EBA

L'*Evidence Based-Assessment* (EBA) nécessite des instruments développés et validés de manière empirique permettant l'évaluation par plus d'un informateur. Les instruments de l'ASEBA ont été élaborés par Thomas Achenbach et ses collaborateurs à partir de 1960 à l'Université du Vermont. Ces instruments ont été développés afin de permettre une méthode d'évaluation plus complète examinant ainsi le fonctionnement adapté ou inadapté d'un individu (Achenbach, 2016). En effet, les instruments de l'ASEBA ont été construits dans le but d'utiliser une méthode multi-informateurs, c'est-à-dire une méthode d'évaluation grâce à laquelle il est possible d'obtenir une image plus différenciée de la psychopathologie d'un individu, et ce, en considérant plusieurs sources d'information (Proulx-Bourque, 2013). Pour développer les différents instruments de l'ASEBA, Achenbach s'est basé sur le concept de l'*Evidence based-assessment* (EBA) (Achenbach, 2009). La méthode de l'EBA propose de construire des instruments psychométriques à l'aide de faits et d'observations recueillis à partir d'un échantillon normatif (Proulx-Bourque, 2013). Cette méthode d'évaluation cible le développement

d'instruments qui permettent d'intégrer des données qui proviennent d'informateurs multiples, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas seulement basées sur des évaluations auto-rapportées ou encore sur des entrevues (Hunsley et Mash, 2005). Cette méthode est élaborée à partir de concepts généraux basés sur des regroupements de comportements réalisés de manière standardisée par des analyses factorielles (Achenbach, 2009). Les différents concepts résultant de ces analyses deviendront ensuite des regroupements de problématiques et constitueront les échelles de l'instrument. Chaque question sera associée à une ou plusieurs problématiques et, lors de la compilation des résultats, une comparaison à l'échantillon normatif permettra de déterminer si les comportements évalués tendent à être « normaux⁶ » ou non (Achenbach, 2009).

1.2 Description générale des instruments ASEBA

L'ASEBA est traduit dans plusieurs langues et utilisé dans plusieurs pays pour faire l'évaluation du fonctionnement psychologique. Les résultats obtenus ne permettent toutefois pas de poser un diagnostic de troubles de santé mentale. La description standardisée du fonctionnement psychologique aide cependant à évaluer l'état de la santé mentale de la personne (Achenbach, 2016). Les instruments de l'ASEBA permettent d'évaluer, entre autres, les compétences, les forces, le fonctionnement adaptatif ainsi que les problèmes comportementaux, émotionnels et sociaux des individus âgés entre 1 an et demi et 90 ans à l'aide de questionnaires adaptés en fonction des différentes tranches d'âge établies (âge préscolaire, 1 an et demi à 5 ans;

⁶ Les scores pondérés (T) obtenus à partir de l'instrument utilisé sont classés en fonction des différents seuils de niveau de sévérité pathologique, soit normal, limite (*borderline*) ou clinique (*clinical*). Ces seuils sont établis pour chacune des échelles de l'instrument et selon l'échantillon normatif divisé selon le sexe et l'âge. Ces seuils de sévérité peuvent être différents en fonction de l'instrument utilisé et de l'échelle à laquelle il fait référence (Achenbach et Rescorla, 2003).

âge scolaire, 6 ans à 17 ans; âge adulte, 18 à 59 ans et pour les adultes âgés, 60 à 90 ans) (Achenbach et Rescorla, 2003). Lors de la création des premiers instruments, Achenbach et son équipe visaient essentiellement l'évaluation psychopathologique des enfants et des adolescents (Achenbach et Rescorla, 2003). Ils ont donc développé le *Child Behavior Checklist* (CBCL), le *Youth Self-Report* (YSR) ainsi que le *Teacher Self-Report* (TSR) pour évaluer les compétences, le fonctionnement adaptatif ainsi que les problèmes de comportement. Ensuite, l'*Adult Behaviour Checklist* (ABCL) et l'*Adult Self-Report* (ASR) ont été conçus pour l'évaluation des problèmes de santé mentale chez l'adulte de 18 à 59 ans (Achenbach et Rescorla, 2003). Enfin, l'*Older Adult Behavior Checklist* (OABCL) et l'*Older Adult Self-Report* (OASR) ont été conçus pour améliorer l'évaluation des personnes de 60 ans et plus, et ce, dans plusieurs contextes (psychiatrique et psychologique, pour l'obtention de soins médicaux, pour une expertise psycholégale, pour des changements significatifs dans la vie, par exemple, la perte d'un être cher, etc.) (Achenbach et Rescorla, 2003 ; Institut de recherche psychologique, 2016).

L'ASEBA consiste à répondre à des questionnaires d'auto-évaluation et de les combiner à des évaluations remplies par un proche. Les réponses à ces questionnaires sont ensuite comparées entre elles afin de distinguer les tendances qui s'en dégagent en fonction des perceptions ressorties dans chacune des évaluations. L'auto-évaluation sert, entre autres, à situer les comportements que la personne évaluée perçoit d'elle-même. Quant à lui, le questionnaire rempli par un proche permet d'obtenir des renseignements supplémentaires. L'ajout d'une tierce personne vient ainsi diminuer les biais liés à l'auto-évaluation (Holden et Troister, 2009).

1.3 Portraits de l'ASR et de l'ABCL

L'*Adult Self-report* (ASR) et l'*Adult Behavior Checklist* (ABLC) ont été développés pour être administrés à une clientèle adulte ayant un niveau de lecture minimal de 5^e année primaire (Achenbach et Rescorla, 2003). Advenant que la personne évaluée éprouve des difficultés de lecture ou d'écriture, il est possible à l'administrateur d'en faire une lecture assistée et d'inscrire les réponses de la personne évaluée au besoin. La passation de l'ASR et de l'ABCL requiert de 15 à 20 minutes (Achenbach et Rescorla, 2003). Ces instruments mesurent les mêmes construits, ce qui facilite la comparaison entre la perception des gens à l'égard du fonctionnement psychologique de l'individu évalué et la perception que ce dernier a de lui-même. L'ABCL est administré à un ou plusieurs informateurs (parent, ami, conjoint, intervenant) (Achenbach et Rescorla, 2003). Cet instrument est facile d'administration et permet d'évaluer une variété de symptômes (Tenneij et Koot, 2007). Ces instruments ont récemment été traduits en français pour le Canada et des études sont en cours pour leur validation (Le Corff *et al.*, 2018a; Le Corff, *et al.*, 2018b).

1.4 Les échelles de l'ASR et de l'ABCL

Le manuel des instruments destinés aux adultes (Achenbach et Rescorla, 2003) fait la description détaillée des différentes échelles et concepts mesurés par l'ARS et l'ABCL. Ces instruments sont divisés en cinq catégories d'échelles distinctes : les échelles du comportement adaptatif (*Adaptive Functioning Profile*), les échelles des syndromes (*Syndrome Profile*), les échelles des syndromes dérivés du DSM-IV (*DSM-Oriented Scales*), les échelles des troubles de consommation (*Substance Use Scales*) et l'échelle des items critiques (*Critical items*).

1.4.1 Les échelles du comportement adapté

Ces échelles permettent de comparer le fonctionnement social de la personne évaluée en fonction de l'échantillon normatif. Elle est composée d'items abordant les amis, la famille, la vie amoureuse, le travail et l'éducation. Chaque item obtient un score indépendant et ensuite un score global du fonctionnement adaptatif, résultant de la moyenne des cinq items présentés, puis est pondéré en score T ainsi qu'en rang centile. Pour cette échelle, un score T de plus de 35 ou un rang centile au-dessus de 7 est considéré comme étant normal. La zone dite limite se situe entre 30 et 35 de score T ou entre le 2^e et le 7^e rang centile. Quant à elle, la zone clinique se situe à moins de 30 de score T ou moins du 2^e rang centile. Autrement dit, un score faible à cette échelle est significatif d'un point de vue clinique et révèle ainsi un fonctionnement adaptatif considéré comme étant problématique.

1.4.2 Les échelles syndromiques

Pour ces échelles, la personne évaluée répond à de courts items, à choix de réponses ou à court développement, qui décrivent des problèmes au sujet comportemental, émotionnel et social. Elles sont divisées en huit échelles de syndromes soit: 1. anxiété-dépression; 2. retrait ; 3. plaintes somatiques ; 4. comportement agressif ; 5. comportement transgressif ; 6. comportement intrusif ; 7. problèmes de la pensée ; 8. problèmes d'attention. Elles sont également regroupées en deux catégories de problèmes comportementaux soit l'échelle des troubles intériorisées et l'échelle des troubles extériorisées regroupant ainsi les syndromes ayant des similitudes.

L'échelle des troubles intériorisés⁷ regroupe trois échelles syndromiques. D'abord, l'échelle de l'anxiété-dépression comprend des items notamment au sujet de la nervosité, de la culpabilité et du sentiment d'échec. L'échelle du retrait comprend des items tels que le fait de ne pas avoir d'amis, de ne pas s'entendre avec les autres et de refuser de parler. Finalement, l'échelle des plaintes somatiques comprend des items tels que la fatigue, les problèmes de sommeil, les vomissements et les troubles oculaires sauf si corrigés par des lunettes.

Les troubles extériorisés⁸ regroupent trois échelles syndromiques. D'abord, l'échelle des comportements agressifs comprend des items tels que l'impatience, blâmer les autres et la bagarre. L'échelle des comportements transgressifs comprend des items notamment au sujet de la consommation de drogues, de l'impulsivité et des difficultés de maintien en emploi. Finalement, l'échelle des comportements intrusifs comprend des items tels que le besoin d'attention, la vantardise et les moqueries.

Deux échelles syndromiques ne font pas partie des deux échelles regroupées présentées ci-dessus. L'échelle des problèmes de la pensée comprend des items tels que les comportements étranges, les hallucinations visuelles et auditives et l'automutilation. L'échelle des problèmes d'attention comprend des items tels que les tendances à être en retard, à la perte de choses et à avoir des difficultés de concentration.

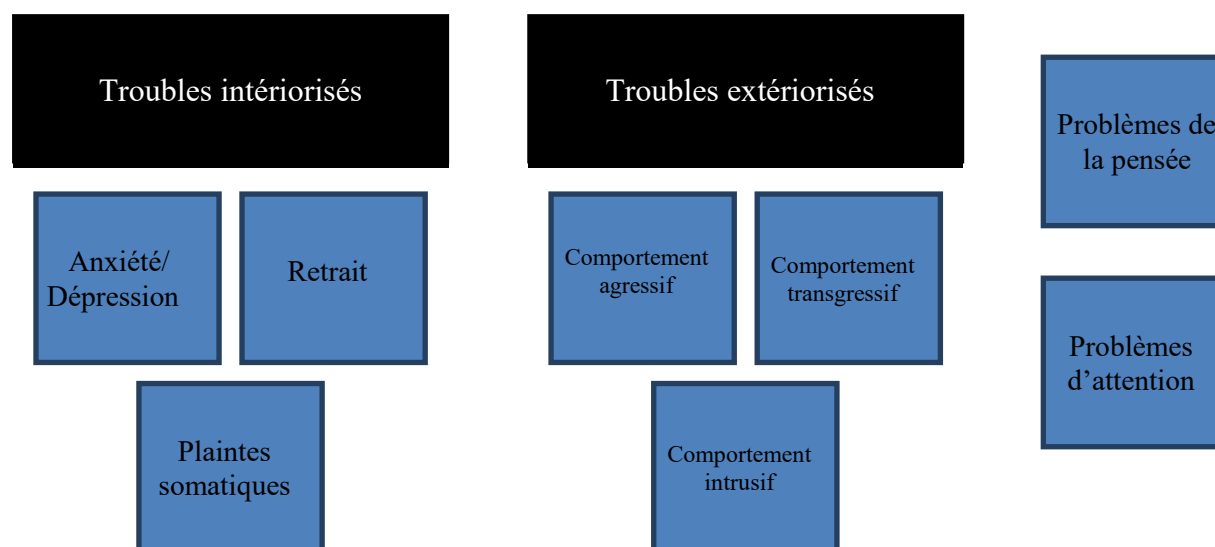
⁷ Caractérisés par des comportements exprimés intérieurement par la personne évaluée.

⁸ Caractérisés par des comportements observables relatifs aux conflits ou tous autres éléments sociaux étant considérés problématiques.

Chaque échelle syndromique obtient un score T ainsi qu'un rang centile en plus d'un score global regroupant ainsi tous les items de chacune des échelles exposées précédemment. Un score T de 64 et moins ou un rang centile de moins de 93 indique un score considéré comme étant au niveau du seuil normal. Un score T se situant entre 65 et 69 ou un rang centile entre 93 et 97 indique un score considéré comme étant dans le seuil limite. Finalement, un score T de 70 et plus ou un rang centile de 98 et plus indique un score considéré comme étant au seuil clinique.

Pour les échelles regroupées (intériorisées et extériorisées) les seuils sont légèrement en deçà des seuils présentés précédemment. Un score T de 59 et moins ou un rang centile de moins de 83 indique un score considéré comme étant au seuil normal. Un score T situé entre 60 et 62 ou un rang centile situé entre 84 et 89 indique un score considéré comme étant au seuil limite. Finalement, un score T de 63 et plus ou un rang centile de 90 et plus indique un score comme étant au seuil clinique.

Figure 1. Les échelles syndromiques.



1.4.3 Les échelles dérivées du DSM-IV

Il y a six échelles syndromiques dérivées du DSM-IV. L'échelle de dépression comprend des items sur les idées suicidaires, le sentiment de tristesse, la fatigue, etc. L'échelle des troubles anxieux comprend des items au sujet d'inquiétudes futures, de la nervosité, des inquiétudes à propos de la famille, etc. L'échelle des plaintes somatiques comprend quant à elle des items tels que des vomissements, des problèmes oculaires sauf si corrigés par des lunettes, des problèmes de peau, etc. L'échelle du trouble de la personnalité évitante comprend des items au sujet de la timidité, de la difficulté à se faire des amis, etc. L'échelle du déficit d'attention/hyperactivité (sous-échelles d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité) comprend des items à l'égard de l'impulsivité, de la concentration, de la désorganisation, etc. Finalement, l'échelle de la personnalité antisociale comporte des items liés au maintien en emploi, au mensonge, aux problèmes avec la loi, etc.

Ces échelles dérivées du DSM ont été construites à la suite de la consultation de 21 experts de provenances et cultures différentes évaluant ainsi la similarité entre les items des instruments de l'ASR et de l'ABCL et les catégories diagnostiques du DSM-IV. Ces échelles ne correspondent cependant pas spécifiquement aux critères diagnostiques du DSM. Or, les résultats obtenus à cette échelle permettent d'émettre une hypothèse diagnostique de la personne évaluée si toutefois les critères du DSM-IV étaient utilisés.

La compilation des résultats se fait de la même façon que pour les échelles syndromiques présentées précédemment. Les points de coupures sont d'ailleurs les mêmes, déterminant ainsi si

la personne évaluée se situe au seuil clinique (au-dessus de 70), limite (entre 65 et 69) ou normal (moins de 65).

1.4.4 Les échelles des troubles de consommation

Pour ces échelles, trois questions ouvertes évaluent les habitudes et la fréquence, par jour depuis les six derniers mois, de consommation de tabac, d'alcool et de drogue. Comme pour les échelles du comportement adaptatif, un score T est obtenu pour chaque item et la moyenne de ces scores donne un score composé de l'utilisation des substances permettant ainsi de constater si la personne évaluée se situe au niveau normal, limite ou clinique des troubles de consommation. Pour ces échelles, un score T supérieur à 69 est considéré comme étant le seuil clinique, entre 65 et 69, limite et inférieur à 64, il s'agit du seuil normal.

1.4.5 L'échelle des items critiques

Dans cette échelle, 19 items sont considérés comme étant critiques et pouvant représenter une préoccupation importante à l'égard du fonctionnement ou du potentiel de dangerosité pour la personne évaluée ou pour les autres. Dans le cas où ces items obtiennent un score T situé dans le seuil clinique, la personne évaluatrice doit absolument en tenir compte dans son évaluation et faire un retour sur ces éléments cruciaux lors de l'interprétation des résultats. Comme pour les échelles des syndromes, des syndromes dérivés du DSM et des troubles de consommation, les points de coupure pour les seuils clinique, limite et normal sont les mêmes.

1.4.6 *Score de problématique total*

Finalement la personne évaluée obtient un score de problématique total indiquant ainsi son degré de fonctionnement général ainsi que son seuil caractérisé comme étant normal, limite ou clinique. Ce score est calculé par l'addition de l'ensemble des 120 items de problème du questionnaire utilisé.

2. RECENSION SUR L'ÉVALUATION MULTI-INFORMATEURS DE L'ADULTE

La question de recherche cible les principales études concernant le degré d'accord entre les différents répondants à l'aide de la méthode d'évaluation multi-informateurs pour une population adulte, atteinte d'un problème de santé mentale. L'objectif de cette démarche est donc de vérifier quel est le degré d'accord entre les résultats recueillis à l'ASR et l'ABCL d'adultes atteints d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale.

Une recension des recherches empiriques quantitatives sur le sujet été réalisée. Afin de trouver les articles pertinents pour cette recension, quelques restrictions ont été préalablement établies. D'abord, les articles devaient avoir été publiés après les années 2000 afin d'obtenir des données récentes sur le sujet. Ensuite, ils devaient être en français ou en anglais et provenir de recherches principalement menées en Amérique du Nord ainsi qu'en Europe de l'Ouest puisqu'en fonction de la provenance des différentes communautés et références culturelles, la population à l'étude peut différer pouvant ainsi constituer une source significative de biais. Finalement, ils devaient vérifier le degré d'accord multi-informateurs auprès d'une clientèle adulte.

Pour ce faire, les banques de données *Academic search complete*, *Éric*, *REPÈRE*, *CAIRN*, *Érudit*, *Pascal*, *Francis*, *PsycINFO* et *MEDLINE* ont été consultées et utilisées pour cette recension. Les mots-clés qui ont été utilisés pour cette recherche ont été les suivants : multi-informateurs (*multi-informant*; *cross-informant*, *multiple informant methodology*), évaluation (*assessment*), adulte (*adult*), degré d'accord (*agreement indice*), troubles mentaux, trouble de santé mentale, problèmes de santé mentale (*mental disorder*) et psychopathologie (*psychopathology*). La recherche d'articles s'est également faite par la méthode « boule de neige », c'est-à-dire qui vise à repérer les études qu'elle répertorie ou qui en découlent, ce qui a contribué à l'ajout de textes pertinents à la recension.

La dernière mise à jour de recherche d'études a été effectuée le 22 janvier 2019. En appliquant les critères de sélection mentionnés ci-haut, visant à uniformiser certaines caractéristiques méthodologiques, quatre études ont été retenues. Il est cependant important de mentionner que les études portant sur l'évaluation multi-informateurs des personnes adultes atteintes de problèmes de santé mentale demeurent, à ce jour, peu nombreuses.

2.1 Méthode multi-informateurs

Dans l'ensemble des études recensées, les résultats montrent plusieurs similitudes à l'égard d'un faible degré d'accord entre les différents informateurs. En effet, l'évaluation d'un construit chez une même personne, mais complétée par différents répondants, présente des divergences importantes (Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova, 2005). Historiquement, ce constat était expliqué par l'erreur de mesure liée à l'instrument alors qu'aujourd'hui, ces divergences entre les différentes sources d'informateurs sont plutôt liées à un ensemble de

caractéristiques attribuées au construit mesuré, à l'objectif de l'évaluation, aux diverses personnes répondantes sollicitées ainsi qu'à la personne évaluée (Achenbach, 2006; De Los Reyes, 2013).

2.1.1 *Van der Ende, Verhulst et Tiemeier (2012)*

Selon Van der Ende, Verhulst et Tiemeier (2012), chaque informateur contribue à transmettre de l'information unique sur la personne évaluée. Rappelons que cette étude longitudinale, menée en Hollande du Sud, avait pour but d'examiner les changements des accords entre les différents informateurs pour les problèmes intériorisés et extériorisés de l'enfance à l'âge adulte. Les données sont recueillies, en 7 temps de mesure répartis sur 24 ans, auprès d'informateurs s'évaluant eux-mêmes (version auto-rapportées) et auprès d'un enseignant, d'un parent ou de la personne conjointe de la personne évaluée (version hétéro-rapportée). Au total, 2076 enfants (48,9 % de garçons, 96,6 % de caucasiens et 34,1 % provenant de familles ayant un statut socioéconomique plus faible) ont participé à l'étude. Elle comporte autant de parents volontaires pour remplir la version hétéro-rapportée. Le nombre d'informateurs retenus est de $n = 1875$, car le critère de sélection est d'avoir une paire d'informateurs parmi les suivantes : auto-rapportée/parent, auto-rapportée/enseignant(e), auto-rapportée/conjoint(e), parent/enseignant(e), parent/conjoint(e). Le nombre total de participants à l'étude est de 12 059 basé sur 24 118 évaluations. Les instruments d'évaluations proviennent tous du *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (Achenbach, 2001, 2003).

Les différentes corrélations effectuées pour les différentes paires d'informateurs, bien qu'elles soient modérées, sont plus élevées chez les adultes que chez les enfants. La différence

observée entre les scores est plus élevée pour les problèmes intériorisés qu'extériorisés, puisque les problèmes extériorisés sont plus facilement observables par les différents informateurs. Effectivement, il est possible d'observer des corrélations se situant entre 0,41 et 0,59 pour les problèmes intériorisés, alors que les corrélations se trouvent entre 0,29 et 0,56 pour les problèmes extériorisés. Les corrélations les plus élevées, soit entre 0,56 et 0,59 pour les problèmes intériorisés et entre 0,49 et 0,56 pour les problèmes extériorisés, existeraient entre la personne adulte et son partenaire, probablement parce que les deux se fréquentent sur une base régulière, et ce, dans des contextes similaires. En effet, le degré d'accord va largement différer en fonction du degré d'intimité avec la personne évaluée.

Parmi les facteurs d'évaluation liés au répondant, le contexte dans lequel celui-ci évalue la personne évaluée peut refléter une variation entre les scores obtenus. En effet, les évaluations des différents informateurs pourraient davantage évaluer les différences individuelles d'un trait donné dans un contexte spécifique alors que pour l'évaluation auto-rapportée, la personne s'évalue dans l'ensemble des contextes de son environnement. La discordance entre les rapports des différents informateurs et de l'auto-évaluation peut refléter une différence dans leur distribution, les rapports des différents informateurs seraient davantage liés aux traits de l'individu alors que l'auto-évaluation serait davantage sur des attributions liées aux différentes situations permettant ainsi de généraliser les traits à travers les différents contextes. Aussi, plus l'âge de la personne évaluée est élevé, plus la différence entre les deux versions de l'instrument est petite. Il est donc possible de conclure que la différence entre les évaluations hétéro-rapportées et l'évaluation auto-rapportée reflète le fait que les informateurs ne voient pas la

personne dans tous ses contextes, d'où l'importance de considérer l'évaluation auto-rapportée (Van der Ende, Verhulst et Tiemeier, 2012).

2.1.2 Rescorla *et al.* (2016)

Selon Rescorla *et al.* (2016), ce type de méthode est la norme en pédiatrie, mais reste très peu développé pour une clientèle adulte. Or, puisqu'il existe peu d'études portant sur les évaluations hétéro-rapportées en santé mentale adulte, ces chercheurs ont amassé les données dans 14 sociétés visant ainsi à établir un instrument de cueillette de données international. L'objectif de cette étude est également d'apporter de l'information supplémentaire sur la pertinence d'utiliser plusieurs répondants auprès de cette clientèle.

Les données amassées comprennent $n = 8582$ sujets issus de 18 sociétés différentes en utilisant les instruments ABCL et ASR. Pour cette recherche, 4 sociétés sur les 18 ont été mises de côté puisque les données n'étaient pas significatives pour les 18 à 59 ans pour être considérées normatives. Pour les 14 sociétés restantes (Albanie, Argentine, Brésil, Chine, Belgique, Hong Kong, Japon, Corée, Lituanie, Pologne, Portugal, Serbie, Taiwan et les États-Unis), les échantillons sont représentatifs de la population générale et des corrélations ont été faites sur 8203 dyades afin de comparer si les divergences entre les scores se ressemblent entre les sociétés. Les résultats sont similaires à ce qui est paru dans la littérature jusqu'à maintenant, c'est-à-dire que les scores sont faibles à modérées. Il existe tout de même certaines différences entre les sociétés. Bien entendu, ces différences se rapportent au contexte culturel de chaque société. À titre d'exemple, pour les sociétés orientales, les scores sont plus élevés en ce qui concerne la reconnaissance des forces personnelles.

2.1.3 *Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova (2005)*

L'étude d'Achenbach, Krukowski, Dumenci et Ivanova (2005) avait aussi pour but de vérifier la pertinence d'utiliser la méthode multi-informateurs chez les adultes. Pour ce faire, les auteurs ont procédé à une méta-analyse des données des questionnaires obtenus par des informateurs multiples afin d'en évaluer les corrélations moyennes, tirées de 108 articles publiés entre 1995 et 2005. Afin de procéder à la méta-analyse des résultats, Achenbach et ses collaborateurs ont créé différentes catégories couvrant différents problèmes vécus chez l'adulte. Les corrélations moyennes entre les informateurs ont été calculées pour les problèmes d'abus de substance, les problèmes intériorisés, extériorisés et les autres problèmes. Les corrélations les plus élevées, entre les informateurs auto-rapportés et hétéro-rapportés, sont celles des abus de substance (0,68). Pour les problèmes extériorisés (0,44), les problèmes intériorisés (0,43) et pour les autres problèmes (0,45) les corrélations sont moyennes. En somme, les différences entre les corrélations ne sont pas statistiquement significatives. Une des conclusions de cette étude est entre autres que les corrélations plutôt faibles entre les différents informateurs montreraient une pertinence à utiliser la méthode multi-informateurs, et ce, pour être en mesure d'obtenir le plus d'information possible, dans divers contextes, sur la personne évaluée.

2.1.4 *De Los Reyers, Bunnell et Beidel (2013)*

Finalement, l'étude de De Los Reyers, Bunnell et Beidel (2013) montre également l'importance de tenir compte des divergences dans les scores obtenus par plusieurs informateurs chez la clientèle adulte. En effet, les auteurs ont examiné chez un échantillon de personnes rencontrant les critères diagnostiques pour le trouble d'anxiété sociale, si les divergences entre les

observations rapportées par différents informateurs, dont la personne évaluée et son clinicien, étaient en lien avec deux formes de comportements du trouble.

L'étude a été menée sur un échantillon de 157 adultes (41 % hommes, 53 % célibataires, 40 % mariés, 8 % divorcés ou veufs et 70 % caucasiens), âgés entre 18 et 78 ans ($M = 38,39$; $ÉT = 13,80$) et répondant aux critères du trouble d'anxiété sociale du DSM-IV. Parmi ceux-ci, 106 participants ont un trouble d'anxiété généralisée et 51 non généralisée. Pour mesurer la sévérité des symptômes auto-rapportés, le *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI) a été utilisé, alors que l'anxiété sociale a été mesurée avec le *Fear Questionnaire*. Pour leur part, les cliniciens ont évalué l'indice de sévérité clinique avec le *Clinical Global Impression Severity Scale* (CGI), ainsi que l'anxiété avec le *Hamilton Rating Scale for Anxiety* et la dépression avec le *Hamilton Rating scale for Depression*. Ensuite, pour évaluer les habiletés sociales, les participants ont procédé à des tâches de conversation soit avec le *Simulated Social Interaction Test* (SSIT) ainsi que l'*Unstructured Conversation Tasks* (UCT) et des tâches de discours avec le *Impromptu Speech Task* (IST). Chaque élément des conversations était noté sur une échelle de type Likert à cinq points par des assistants de recherche.

Des analyses de corrélations ont été effectuées pour évaluer la correspondance entre les répondants ainsi que des analyses de régressions logistiques pour évaluer le niveau de correspondance selon la sévérité des symptômes.

Il s'avère que les corrélations entre les questionnaires auto-rapportés et hétéro-rapportés sont modérées, la corrélation moyenne étant de 0,43. Les analyses de régression, quant à elles, ont

montré que, plus les symptômes sont sévères plus le degré d'accord entre le clinicien et la personne évaluée est grand.

En regard de ces constats, les auteurs concluent que le fait que les corrélations entre les différentes sources d'informateurs soient faibles n'indique pas une erreur de mesure de l'instrument, mais plutôt que le comportement de l'individu peut varier en fonction des différents contextes de vie.

En conséquence, l'addition de sources d'informations complémentaires apparaît comme étant une solution puisque chaque source corrige, dans une certaine mesure, la validité des autres (Roskam et *al.*, 2009). Les modèles de concordances et de discordances entre les rapports des patients et des cliniciens reflètent les variations contextuelles dans le comportement des patients. Chaque informateur peut donc contribuer à l'ajout d'informations pertinentes sur différents aspects du fonctionnement d'une personne (Achenbach, 2006).

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce deuxième chapitre a permis de présenter globalement les instruments ASEBA mobilisés dans cette recherche ainsi que l'origine de l'utilisation de la méthode multi-informateurs. Étant donné la récente traduction de l'ASR et de l'ABCL en français pour le Canada, il s'avère nécessaire de poursuivre la validation de ces instruments afin qu'ils puissent être judicieusement utilisés dans la pratique de plusieurs professionnels du domaine de santé mentale et des relations humaines. Jusqu'à maintenant, une étude a été réalisée afin de vérifier l'équivalence des scores, de la fidélité et de la structure factorielle des versions française et

anglaise de l'ASR (Le Corff *et al.*, 2018b ; Le Corff *et al.*, 2016). De plus, une récente étude a permis de vérifier la validité critériée de l'ASR en comparant un échantillon clinique et non clinique (Le Corff *et al.*, 2018a). En conséquence, les objectifs de cette étude, s'inscrivant dans la poursuite de l'objectif général du projet source, seront de :

- 1- Vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL (corrélations entre les scores) ;
- 2- Évaluer la contribution relative de chaque répondant à l'évaluation des problèmes de santé mentale, en analysant le degré d'association entre les échelles correspondantes de l'ASR et de l'ABCL (p. ex. l'échelle retrait de l'ASR et de l'ABCL) et la présence de diagnostic de troubles de santé mentale (p. ex. trouble dépressif).

TROISIÈME CHAPITRE. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente le devis de recherche, les personnes participantes à l'étude, les instruments de mesure, la procédure utilisée lors de la collecte de données, le plan d'analyse ainsi que les considérations éthiques.

1. DEVIS DE RECHERCHE

L'évaluation en orientation s'appuie, entre autres, sur l'utilisation de tests psychométriques qui sont des instruments découlant directement de l'approche quantitative (Poirier et Yergeau, 2012). En effet, l'information recueillie lors d'une recherche quantitative relève d'instruments normalisés (Fortin, 2010) tels que les instruments de l'ASEBA. Or, cette recherche s'inscrit dans un devis quantitatif, car ce projet vise connaître la contribution relative des deux sources d'information (ASR et ABCL) permettant ainsi de valider ces instruments d'évaluation pour adultes. Plus précisément, cette recherche est de type descriptive corrélationnelle puisqu'elle « s'intéresse spécifiquement aux corrélations entre les variables, sous les angles de leur existence, de leur direction et de leur intensité » (Mongeau, 2008). Dans le cadre de ce projet de recherche, il est question d'établir des relations d'association entre les variables de l'ASR, de l'ABCL et de diagnostic de troubles mentaux à l'aide d'analyses statistiques afin de déterminer l'existence des relations possibles (Fortin, 2010).

2. LES PERSONNES PARTICIPANTES À L'ÉTUDE

Le présent projet de recherche s'inscrit à l'intérieur de l'étude menée par les professeurs Yann Le Corff, Éric Yergeau ainsi que la professeure Karine Forget. Les personnes participantes

à cette étude ont été recrutées au Département de psychiatrie du CIUSSS de l'Estrie - CHUS⁹. Le recrutement s'est fait auprès d'individus âgés entre 18 et 59 ans. Au total, 76 femmes et 56 hommes ($n = 132$) dont l'âge moyen est de 36 ans (écart-type 12,4) ont complété l'ASR. Cependant, le taux de participation à l'ABCL (personne proche ou intervenante, voir la section Procédure ci-dessous) est beaucoup plus faible ; des données valides à l'ABLC ont été obtenues pour seulement 40 des 132 personnes participantes. Pour être considéré valide, un questionnaire ASR ou ABCL ne devait pas compter plus de 8 données manquantes aux 123 items de problèmes (Achenbach, 2003). L'échantillon à l'étude est donc composé de 24 femmes et 16 hommes âgés entre 18 et 56 ans ($M = 38,10$; $ÉT = 12,20$).

Parmi ceux-ci, neuf personnes présentent un trouble bipolaire et une personne a une présence probable du trouble. Deux personnes présentent le trouble bipolaire avec épisode dépressif courant. Cinq personnes présentent un trouble dépressif et quatre personnes ont une présence probable du trouble. En ce qui à trait les troubles de la personnalité, une personne a une présence probable du trouble de personnalité du groupe A (caractérisé par des comportements étranges et excentriques), douze personnes présentent un trouble de la personnalité du groupe B (caractérisé par des comportements excessifs, émotionnels ou erratiques), huit personnes ont une présence probable du trouble et deux personnes présentent un trouble de la personnalité du groupe C (caractérisé par des traits anxieux ou par de la crainte), quatre personnes ont une présence probable du trouble. Cinq personnes présentent un trouble alimentaire et une personne a une présence probable du trouble. Sept personnes présentent un trouble anxieux et une personne

⁹ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

a une présence probable du trouble. Neuf personnes présentent un trouble psychotique et une personne a une présence probable du trouble. Deux personnes présentent un TDAH. Une personne présente un trouble de jeu pathologique. Une personne présente un trouble de l'adaptation et une personne a une présence probable du trouble. Une personne présente un trouble obsessionnel-compulsif. Cinq personnes présentent un trouble d'alcoolisme et douze personnes présentent un trouble de toxicomanie. Une personne présente un trouble neurocognitif. Neuf personnes présentent des idéations suicidaires alors qu'une personne a une présence probable d'idéations suicidaires. Personne de l'échantillon à l'étude ne présente de troubles somatiques ni de comportement criminel. Sur les 40 personnes composant l'échantillon à l'étude, il y a une seule personne qui n'a pas de diagnostic confirmé (présence probable seulement), 16 personnes qui ont un seul diagnostic, 17 personnes qui ont une comorbidité de deux diagnostics et 6 personnes qui ont une comorbidité de trois diagnostics.

3. INSTRUMENTS DE MESURE

Les adaptations canadiennes-françaises de l'*Adult Self-Report* et de l'*Adult Behavior Checklist* ont été utilisées comme instrument de mesure. Les diagnostics de troubles mentaux ont été établis par le psychiatre traitant les personnes participantes.

3.1 L'ASR

D'abord, les personnes participantes ont répondu à l'ASR. Ce questionnaire est une auto-évaluation des problèmes comportementaux, émotionnels et sociaux pour adultes (18-59 ans) (Achenbach et Rescorla, 2003). Il comporte une première section qui permet d'obtenir les

données sociodémographiques de la personne évaluée. Cette section comprend également des questions concernant ses relations amicales, amoureuses et familiales. Des questions à l'égard du travail et du niveau d'éducation sont également présentes dans cette section. La deuxième section est composée de 123 items de type Likert à trois niveaux qui décrivent le comportement psychologique de cette même personne. La dernière section du questionnaire compte trois items quantitatifs portant sur la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments (Achenbach et Rescorla, 2003). Dans la présente étude, seules les échelles syndromiques issues des 123 items objectifs seront utilisées.

3.1.1 Propriétés psychométriques

En ce qui concerne les propriétés psychométriques, elles se déclinent en deux catégories, soit la fidélité mesurant la « constance des résultats obtenus à partir d'une méthode psychométrique » (Bernaud, 2007, p. 71) et la validité estimant si la méthode d'évaluation utilisée mesure bel et bien ce qu'elle doit mesurer (*Ibid.*). Jusqu'à maintenant, les seules études portant entre autres sur la version canadienne-française ont été réalisées par l'équipe de Le Corff et al. (Le Corff *et al.*, 2016 ; Le Corff *et al.*, 2018a; Le Corff *et al.*, 2018b). Ces études ont été réalisées auprès de deux échantillons, l'un composé d'étudiantes et d'étudiants universitaires et l'autre de personnes hospitalisées en psychiatrie. Le premier échantillon est composé de 290 personnes étudiantes de premier cycle universitaire de quatre universités canadiennes situées dans quatre provinces, dont 251 ont aussi répondu à la version anglaise de l'ASR à un intervalle de une à trois semaines. Cet échantillon inclut 200 femmes, 47 hommes et 4 personnes n'ayant pas indiqué leur sexe. L'âge moyen des personnes participantes est de 21,0 ans (ÉT = 4,0) (Le Corff *et al.*, 2018b).

Quant à l'échantillon psychiatrique, il est composé de 132 patients atteints d'un ou plusieurs troubles dont 56 hommes et 76 femmes. L'âge moyen des personnes participantes est de 35,9 ans ($ET = 12,4$) (Le Corff *et al.*, 2018a).

3.1.1.1 Fidélité inter-formes

Les corrélations entre les versions anglaise et française varient entre 0,72 et 0,87 pour les échelles syndromiques et regroupées de l'ASR. Cinq de ces échelles ont une corrélation inférieure à 0,78 alors que toutes les autres échelles se situent au-dessus de 0,80. Ces résultats montrent une corrélation élevée entre les réponses des deux versions, ce qui indique un degré élevé de convergence entre les deux versions (Le Corff *et al.*, 2018b).

Des *test-t* pour échantillons appariés ont montré des différences de moyenne significatives entre les versions française et anglaise de quatre des échelles de l'ASR (Retrait, Troubles somatiques, Problèmes d'attention et Troubles intériorisés). Les tailles d'effet sont cependant considérées petites selon les balises de Cohen (1988), c'est-à-dire inférieures à 0,20. Les moyennes obtenues aux échelles de l'ASR sont donc relativement similaires pour les deux versions de l'instrument (Le Corff *et al.*, 2018b).

Une corrélation de Spearman a également été réalisée entre les versions anglaise et française de chacun des 123 items composant l'ASR. À quelques exceptions près, les corrélations sont toutes statistiquement significatives. Elles varient entre 1,00 et 0,26, mis à part les items 21 ($r = -0,01$), 57 ($r = 0,00$), 97 ($r = -0,01$) et 122 ($r = -0,02$) qui ne sont pas significatifs car il s'agit d'items présentant des comportements extrêmes qui étaient très peu endossés par les personnes

répondantes. Les personnes participantes à l'étude ont donc répondu de manière généralement similaire aux deux versions de l'instrument (Proulx-Bourque, 2013).

3.1.1.2 Cohérence interne

Bernaud (2007) mentionne qu'un coefficient d'alpha de Cronbach de 0,70 est jugé acceptable, de 0,80 satisfaisant et de 0,90 élevé. Les alphas de Cronbach de chacune des échelles de la version canadienne-française varient entre 0,54 et 0,94 (Le Corff *et al.*, 2018b). Il est important de mentionner que quatre échelles (problèmes de la pensée, comportements transgressifs, comportements intrusifs et items critiques) sont inférieures à 0,70 comparativement à une seule échelle (problèmes de la pensée) pour la version originale. Les coefficients alpha de Cronbach obtenus pour l'échantillon de personnes étudiantes universitaires sont, de manière générale, un peu plus faibles que ceux rapportés dans la version originale.

Dans tous ces cas, les coefficients alpha ordinaux (polychorique) sont inférieurs pour la version canadienne-française, et ce, comparativement à la version originale (Le Corff *et al.*, 2018b). Dans la version canadienne-française, les alphas polychoriques varient entre 0,66 et 0,96 alors que pour la version canadienne-anglaise les alphas polychoriques varient entre 0,75 et 0,97. Or, 7 des 11 échelles dans la version canadienne-française ont une cohérence interne inférieure à celle de leur échelle correspondante de la version canadienne-anglaise.

3.1.1.3 Validité

Une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée auprès de l'échantillon universitaire et a permis de confirmer la validité de la structure en huit échelles syndromiques pour l'adaptation

canadienne-française de l'ASR. Quinze items ont toutefois été retirés en raison de leur trop faible variance (Le Corff *et al.*, 2016).

De plus, afin d'étudier la validité critériée de l'ASR, une analyse discriminante a été réalisée afin de vérifier si les échelles syndromiques permettent de distinguer les personnes de l'échantillon psychiatrique, composé de personnes hospitalisées en psychiatrie présentant des troubles mentaux, des personnes de l'échantillon non clinique, composé d'étudiants universitaires ne présentant pas de problème de santé mentale nécessitant une hospitalisation. Cette analyse révèle pour l'ensemble des huit échelles syndromiques que les deux échantillons sont distinguables, et ce, de manière statistiquement significative. Les échelles « comportements transgressifs » et « anxiété-dépression » sont celles qui permettent le plus de distinguer les deux groupes, car elles ont à la fois les corrélations avec la variable canonique ainsi que les coefficients standardisés les plus élevés (Le Corff *et al.*, 2018a).

Dans 83,2 % des cas, la classification est réalisée de manière correcte. Au niveau de la sensibilité, 59,8 % des personnes de l'échantillon psychiatrique sont classées correctement, ce qui est un degré de sensibilité qualifié d'acceptable, voire faible, alors qu'au niveau de la spécificité, 93,8 % des personnes de l'échantillon non clinique sont classées correctement, ce qui est un excellent degré de spécificité. Ces données signifient que ce n'est pas dans tous les cas que l'ASR est en mesure de cibler les personnes présentant des problèmes de santé mentale, mais qu'il est peu probable que l'ASR cible des personnes qui ne présentent pas de problème, et les personnes ciblées sont hautement susceptibles de présenter réellement des problèmes (Le Corff *et al.*, 2018a).

Finalement, la validité discriminante des seuils cliniques et limites pour chacune des échelles à l'étude a été réalisée à l'aide des tests de khi-carré afin de vérifier si les proportions sont différentes au niveau des seuils des deux groupes d'échantillon. Or, les résultats obtenus soutiennent la validité discriminante des échelles de l'ASR, permettant ainsi de distinguer les deux groupes d'échantillon. En effet, les personnes du groupe clinique, classées dans les seuils cliniques et limites, sont proportionnellement plus nombreuses que les personnes du groupe non clinique, et ce, dans chacune des 11 échelles à l'étude. D'autres analyses discriminantes ont été réalisées au niveau de la spécificité et de la sensibilité des mêmes seuils. La spécificité des seuils cliniques des échelles syndromiques est excellente et se situe entre 92,1 % et 99,7 %, alors que la sensibilité se situe entre 12,1 % et 55,3 % signifiant ainsi une mesure qualifiée de faible à modérée. Il est donc peu probable que ce seuil conduise à de faux positifs. Le contraire serait cependant possible, c'est-à-dire que les seuils cliniques pourraient conduire à de faux négatifs puisque ces seuils semblent sous-évaluer la gravité des problèmes pour un groupe clinique. Le seuil limite montre, quant à lui, des taux de spécificité se situant entre 81,3 % et 96,9 %, ce qui est jugé satisfaisant, alors que sensibilité est variable, avec des taux variant entre 23,5 % et 68,2 % (Le Corff *et al.*, 2018a).

3.2 L'ABCL

Ensuite, les personnes proches et les intervenants de la personne évaluée ont répondu à l'ABCL. Ce questionnaire est une évaluation des problèmes de santé mentale adultes (18-59 ans) qui permet de poser différents regards sur le fonctionnement psychologique de la personne évaluée. Ce questionnaire est construit similairement à l'ASR. En effet, il est composé des

mêmes sections, soit par une section réservée aux données sociodémographiques de la personne évaluée incluant les relations amicales, amoureuses et familiales, une section composée de 123 items de type Likert à trois niveaux et une section désignée aux items quantitatifs portant sur la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments (Achenbach et Rescorla, 2003).

3.2.1 Propriétés psychométriques

Aucune donnée sur les propriétés psychométriques de la version canadienne-française de l'ABCL n'a été publiée. Les propriétés psychométriques de la version française (France) ont cependant été publiées par Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart (2014). Les données proviennent d'un échantillon composé de 185 étudiants (162 femmes) dont l'âge moyen est de 23 ans (ÉT quatre ans et trois mois). Ces étudiants devaient répondre à l'ABCL au sujet de 2 deux personnes de leur choix, l'une étant un homme et l'autre une femme et l'une devait être âgée entre 18-35 et l'autre 36 à 59. Au final, les résultats recueillis comptent 403 personnes, dont 198 femmes, âgées entre 18 et 59 ans issues de milieux socioprofessionnels variés.

3.2.1.1 Cohérence interne et stabilité test-retest

Les alphas de Cronbach de chacune des échelles de la version française (France) varient entre 0,69 et 0,96 (Petot *et al.*, 2014). Pour l'ensemble des échelles, les coefficients alpha sont donc satisfaisants (Petot *et al.*, 2014).

En ce qui concerne la stabilité test-retest, les résultats montrent des inégalités qualifiées de faibles à modérées, et ce, sur une période de cinq semaines. Pour le score total des problèmes, le coefficient de corrélation (r) de Bravais-Pearson est de 0,43 alors qu'il est de 0,45 pour

l'échelle des problèmes intériorisés et de 0,52 pour l'échelle de problèmes *extériorisés*. Pour les échelles syndromiques, les coefficients de corrélation (r) de Bravais-Pearson varient entre 0,41 et 0,68. Enfin, pour les échelles orientées DSM, les corrélations varient entre 0,51 et 0,62 (Petot *et al.*, 2014).

3.2.1.2 Validité structurelle

Une analyse factorielle confirmatoire a permis de confirmer la structure factorielle des huit échelles syndromiques. De plus, des analyses factorielles confirmatoires menées sur chaque échelle dérivée du DSM indiquent des indices d'ajustement qualifiés d'acceptables ou d'excellents (Petot *et al.*, 2014).

3.3 Diagnostic psychiatrique

Les diagnostics psychiatriques actifs inscrits au dossier médical par le psychiatre traitant ont également été recueillis. Chaque diagnostic posé par les psychiatres et toutes personnes figurant au dossier, était catégorisé par la présence, la présence probable ou par l'absence du trouble. Un trouble était considéré à présence probable lorsque qu'une mention d'hypothèses cliniques demeurait à confirmer ou lorsqu'il y avait présence du trouble, mais à un seuil sous-clinique. Pour l'analyse, les variables de diagnostic seront dichotomiques, car la présence probable sera fusionnée avec la présence, tel que cela a été fait dans les analyses antérieures sur ces instruments par Le Corff et ses collaborateurs (2018a; 2018b).

4. PROCÉDURE

Une médecin résidente en psychiatrie a administré l'ASR aux patients volontaires hospitalisés au Département de psychiatrie adulte au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Les personnes patientes ont été invitées à fournir le nom d'une personne proche susceptible d'accepter de répondre à l'ABCL ou à consentir à ce qu'un intervenant réponde à l'ABCL. Ils étaient libres de refuser qu'une tierce personne réponde à l'ABCL à leur sujet. Les personnes patientes devaient être âgées entre 18 et 59 ans, être aptes à consentir à participer à l'étude de manière libre et éclairée, avoir un niveau de lecture suffisant en français et être dans un état mental suffisamment stable pour répondre à un questionnaire d'auto-évaluation d'une durée d'environ 30 minutes. Les personnes patientes très agitées, agressives, instables, confuses, désorientées, très ralenties et en épisode psychotique désorganisé ont dû être exclues de l'étude en vertu de leur incapacité à consentir ou à participer. Les patientes et patients participants ont obtenu une compensation monétaire de 20 \$ pour leur participation. Les personnes proches ayant répondu à l'ABCL ont également reçu une compensation financière de 20 \$, alors que les personnes intervenantes employées du CIUSSS de l'Estrie - CHUS n'ont reçu aucune compensation monétaire pour leur participation.

5. PLAN D'ANALYSE

Les analyses statistiques seront effectuées à l'aide du logiciel SPSS 24. Dans un premier temps, les statistiques descriptives des échelles syndromiques, des échelles de l'ASR et de l'ABCL seront calculées. Afin de répondre au premier objectif qui consiste à vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL (corrélation entre les scores), des corrélations entre les

scores des échelles syndromiques seront effectuées. Ensuite, des régressions logistiques seront réalisées pour chaque paire d'échelles syndromiques de l'ASR et de l'ABCL. Pour ce faire, les variables indépendantes seront les deux échelles syndromiques alors que la variable dépendante sera la présence ou l'absence d'un diagnostic conceptuellement associé à ces échelles. Par exemple, pour l'échelle *anxiété-dépression* de l'ASR et de l'ABCL deux régressions logistiques distinctes seront réalisées. L'une en utilisant la présence ou l'absence d'un trouble dépressif comme variable dépendante et l'autre en utilisant la présence ou l'absence d'un trouble anxieux. Les régressions logistiques ont pour but de répondre au deuxième objectif, soit de comparer le degré d'association entre, d'une part, les scores à l'ASR et l'ABCL et d'autre part, à la présence de différents diagnostics de santé mentale, afin d'évaluer la contribution relative de chaque répondant à l'évaluation des troubles mentaux. Finalement, il importe de mentionner que la catégorie « présence probable » sera incluse dans la catégorie « présence du trouble ».

6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce projet de recherche requiert la participation de sujets humains. « Étant donné l'importance primordiale de la recherche et de la participation d'êtres humains à la recherche, comme société, il nous faut prendre tous les moyens possibles pour que la recherche soit menée de façon éthique afin de préserver la confiance du public » (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2010, p. 8). Dans le cadre de ce projet de recherche, les trois principes directeurs liés au respect de la dignité humaine ont été respectés. En effet, ceux-ci exigent que la recherche faite auprès d'êtres humains respecte la valeur intrinsèque de

chacun par le respect de la personne, de la préoccupation pour le bien-être ainsi que de la justice (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). Le projet source de l'*Adaptation canadienne-française d'outils psychométriques d'évaluation des troubles mentaux : l'Adult Self-Report et de l'Adult Behavior Checklist* a d'ailleurs été accepté en 2012 par le Comité d'éthique de la recherche en Éducation et des sciences sociales de l'Université de Sherbrooke et par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Seule l'équipe soignante et l'équipe de recherche ont accès aux données obtenues. Les informations au sujet de la confidentialité et des préoccupations éthiques sont mentionnées à l'intérieur des certificats mentionnés précédemment.

Ces considérations éthiques renvoient au principe que l'évaluation de la santé mentale est un sujet sensible puisqu'il s'agit d'évaluer des personnes vulnérables, « c'est-à-dire devenues sans défense parce que leur capacité de faire des choix ou leurs aptitudes sont amoindries » (Gouvernement du Canada, 2007, s.p.). C'est pour cette raison qu'il est primordial d'assurer aux personnes ciblées la liberté de choisir de participer ou non à l'étude et dans ce cas-ci, qu'elles acceptent également de manière libre et éclairée, qu'une tierce personne remplisse l'instrument d'évaluation à leur sujet. En effet, « le respect d'autrui signifie le respect de l'exercice du consentement individuel » (Gouvernement du Canada, s.p.). À cet égard, toutes les personnes participant à l'étude, incluant les autres informateurs, ont été informées des objectifs de la recherche, des risques (certains items du questionnaire pourraient être susceptibles de faire émerger des émotions négatives) et bénéfiques (une meilleure connaissance d'elles-mêmes ainsi qu'apporter une contribution à l'avancement de l'état des connaissances scientifiques au

développement d'instruments psychométriques francophones) engendrés par celle-ci. Elles étaient ensuite libres de signer ou non le formulaire de consentement libre et éclairé pour participer à l'étude, et également de consentir à la consultation de leur dossier médical.

QUATRIÈME CHAPITRE. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

1. LES ANALYSES STATISTIQUES

Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus à la suite des analyses statistiques réalisées. D'abord, une section présente les analyses descriptives des variables à l'étude. La section suivante présente les corrélations entre les scores des échelles syndromiques de l'ASR et de l'ABCL. Finalement, la troisième section présente les régressions logistiques sur chaque paire d'échelles syndromiques.

1.1 Les statistiques descriptives

En préalable aux sections suivantes, des analyses descriptives ont été produites. Les tableaux 1 (ASR) et 2 (ABCL) présentent la moyenne, l'écart-type et les indices d'asymétrie et d'aplatissement des variables. Ces analyses servent à décrire la distribution des valeurs d'une variable à l'intérieur de l'échantillon. Pour être considérés comme ayant une distribution normale, les indices d'asymétrie et d'aplatissement doivent se rapprocher de 0. George et Mallery (2010) suggèrent qu'une distribution peut être considérée normale lorsque ces indices se situent entre -2,0 et 2,0. Il est possible de constater que l'indice d'aplatissement à l'échelle des plaintes somatiques de l'ABCL (4,37) indique un pic plus prononcé, alors que les indices des autres échelles se situent entre -1,02 et 1,45, indiquant que leur distribution s'apparente à une distribution normale.

Tableau 1. Statistiques descriptives des variables de l'ASR

Échelles de l'ASR	<i>M</i>	ÉT	Asym	ES	Applat	ES
Anxiété-dépression	18,63	9,79	-0,30	0,37	-0,98	0,73
Retrait	5,80	3,84	0,45	0,37	-0,56	0,73
Plaintes somatiques	6,93	3,96	0,06	0,37	-0,34	0,73
Comportement agressif	8,42	4,86	0,47	0,37	-0,67	0,73
Comportement transgressif	6,61	4,89	1,04	0,37	1,45	0,73
Comportement intrusif	3,50	1,83	0,72	0,37	0,73	0,73
Problèmes de la pensée	6,41	4,44	0,49	0,37	-0,93	0,73
Problèmes d'attention	12,65	6,29	0,01	0,37	0,02	0,73

Note. N = 40; *M* = Moyenne; ÉT = Écart-type; Asy = Asymétrie; Applat = Aplatissement; ES = Erreur-type.

Tableau 2. Statistiques descriptives des variables de l'ABCL

Échelles de l'ABCL	<i>M</i>	ÉT	Asym	ES	Applat	ES
Anxiété-dépression	14,30	5,79	-0,07	0,37	-0,95	0,73
Retrait	7,17	3,28	-0,02	0,37	-0,35	0,73
Plaintes somatiques	5,35	4,57	1,66	0,37	4,37	0,73
Comportement agressif	11,40	6,42	0,56	0,37	0,26	0,73
Comportement transgressif	8,52	6,38	0,38	0,37	-1,02	0,73
Comportement intrusif	4,18	2,89	0,23	0,37	-0,90	0,73
Problèmes de la pensée	5,71	3,79	0,76	0,37	-0,27	0,73
Problèmes d'attention	15,98	7,32	-0,40	0,37	-0,36	0,73

Note. N = 40; *M* = Moyenne; ÉT = Écart-type; Asy = Asymétrie; Applat = Aplatissement; ES = Erreur-type.

1.2 Les corrélations

Afin de répondre au premier objectif de recherche, les corrélations entre les échelles syndromiques de l'ASR et l'ABCL ont été calculées et sont présentées dans le tableau 3. Les échelles anxiété-dépression, comportement agressif, comportement transgressif, comportement intrusif et problèmes de la pensée ont des coefficients de corrélation significatifs, ce qui indique qu'il y a un certain degré de convergence entre les réponses données à l'ASR par les patients et à l'ABCL par une autre personne répondante. Il est possible de constater que les corrélations se situent entre les tailles d'effet qualifiées de moyenne à grande selon les balises de Cohen (1992) (entre 0,10 et 0,30 petite taille, entre 0,30 et 0,50 moyenne taille, entre 0,50 et 0,70 grande taille

et entre 0,70 et 0,90 très grande taille). En somme, en réponse à l'objectif 1, les résultats montrent un degré d'association relativement élevé entre les répondants sur certaines échelles, alors que le degré d'association est faible ou nulle pour d'autres échelles. En effet, la corrélation des échelles anxiété-dépression ($r = 0,58$; $p < 0,01$), comportement agressif ($r = 0,53$; $p < 0,01$) et comportement transgressif ($r = 0,54$; $p < 0,01$) ont une relation significative qualifiée de grande taille. La corrélation des échelles problèmes de la pensée ($r = 0,48$; $p < 0,01$) et comportement intrusif ($r = 0,48$; $p < 0,01$) ont une relation significative de taille moyenne. Les corrélations ne sont pas significatives pour les échelles retrait ($r = 0,16$; $p > 0,33$), problèmes somatiques ($r = 0,25$; $p > 0,12$) et problèmes d'attention ($r = 0,06$; $p > 0,73$). On remarque que la puissance statistique du devis ne permettait pas d'identifier comme statistiquement significatives les corrélations de petites tailles.

Tableau 3. Corrélations entre les échelles syndromiques de l'ASR et l'ABCL

Échelles syndromiques ASR/ABCL	r	p
Anxiété-dépression	0,58	0,00
Retrait	0,16	0,33
Plaintes somatiques	0,25	0,12
Comportement agressif	0,53	0,00
Comportement transgressif	0,54	0,00
Comportement intrusif	0,48	0,00

Problèmes de la pensée	0,50	0,00
Problèmes d'attention	0,06	0,73

Note. N= 40; ** = $p < 0,01$.

1.3 Les régressions logistiques

Une série de régressions logistiques ont été réalisées afin de répondre à l'objectif 2. Dans chacune des régressions, une échelle syndromique de l'ASR et son échelle correspondante à l'ABCL ont été entrées comme variables indépendantes et la présence ou l'absence d'un diagnostic (ou d'une catégorie de diagnostics) conceptuellement associé à cette échelle a été entrée comme variable dépendante.

Le tableau 4 présente les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Anxiété-dépression de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic de trouble anxieux, de trouble dépressif ou de trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel (ces trois diagnostics ont été regroupés pour obtenir un nombre de personnes avec diagnostic plus élevé). L'équation de régression de cette échelle est significative [$X^2(2) = 6,82; p = 0,03$]. Ces deux échelles permettent d'expliquer 21 % de la variance de la présence ou de l'absence du diagnostic (R^2 de Nagelkerke = 0,21). Les rapports de cote pour l'ABCL (RC = 1,12) et pour l'ASR (RC = 1,04) ne sont toutefois pas statistiquement significatifs, ce qui indique que ces deux échelles sont conjointement associées à la présence d'un diagnostic de cette catégorie mais qu'aucune n'a une contribution unique significative.

Tableau 4. Régression logistique pour l'association entre l'échelle Anxiété-dépression de l'ABCL et de l'ASR et les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs

Échelles	β	E.S.	Wald	dl	p	RC	IC (95 %)
Anx-dep ASR	0,04	0,04	0,88	1	0,35	1,04	[0,96 ; 1,14]
Anx-dep ABCL	0,11	0,08	2,23	1	0,14	1,12	[0,97 ; 1,30]

Note. N = 40; β = coefficient de régression; E.S. = erreur standard; dl = degrés de liberté; p = valeur de p; RC = rapport de cote; IC = intervalle de confiance.

L'équation de régression a permis de classifier correctement 72,5 % des participants à l'étude, alors qu'un taux de classification de 57,5 % était attendu du hasard. La sensibilité est de 58,8 % (proportion des personnes ayant un diagnostic de cette catégorie et correctement identifiées comme tel par l'échelle Anxiété-dépression de l'ABCL et de l'ASR), ce qui est acceptable, voire faible, alors que la spécificité est de 82,6 % (proportion des personnes n'ayant pas de diagnostic de cette catégorie et ayant été correctement identifiées comme tel par l'échelle Anxiété-dépression de l'ABCL et de l'ASR), ce qui est un excellent degré de spécificité. Ainsi, l'échelle Anxiété-dépression de l'ABCL et de l'ASR ne semble pas en mesure de bien identifier les personnes présentant un diagnostic d'anxiété ou de dépression, il est peu probable que ces échelles ciblent à tort des personnes qui n'ont en réalité pas de diagnostic. On remarque également qu'aucun des deux répondants ne semble avoir une contribution supérieure à l'autre pour l'évaluation des problèmes anxieux et dépressifs.

Les résultats des régressions logistiques obtenus pour les associations entre l'échelle Retrait de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic d'un trouble anxieux,

d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel [$\chi^2(2) = 2,4; p = 0,30$], la présence ou l'absence d'un diagnostic d'un trouble dépressif [$\chi^2(2) = 1,30; p = 0,52$], et où la présence ou l'absence d'un trouble psychotique ou d'un trouble de personnalité du groupe A (ces deux diagnostics ont été regroupés pour obtenir un nombre de personnes avec diagnostic plus élevé) [$\chi^2(2) = 1,35; p = 0,51$] ne sont pas significatifs. L'échelle Retrait de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

Les résultats des régressions logistiques obtenus pour les associations entre l'échelle Plaintes somatiques de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un trouble anxieux, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel [$\chi^2(2) = 2,75; p = 0,25$], ou la présence ou l'absence d'un trouble anxieux [$\chi^2(2) = 4,57; p = 0,10$] ne sont pas significatifs. L'échelle Plaintes somatiques de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

Les résultats des régressions logistiques obtenus pour les associations entre l'échelle Comportement intrusif de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic d'un trouble de personnalité du groupe B [$\chi^2(2) = 0,37; p = 0,82$], ou du groupe C [$\chi^2(2) = 4,25; p = 0,12$], ou la présence ou l'absence d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue [$\chi^2(2) = 4,30; p = 0,12$] ne sont pas significatifs. L'échelle Comportement intrusif de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

Les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Comportement agressif de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic de personnalité du groupe B ne sont pas significatifs [$\chi^2(2) = 5,36; p = 0,07$]. L'échelle Comportement agressif de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

Le tableau 5 présente les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Comportement agressif de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue (les problèmes d'alcool et de toxicomanie ont été regroupés pour obtenir un nombre de personnes avec diagnostic plus élevé). L'équation de régression de cette échelle est significative [$\chi^2(2) = 6,27; p = 0,04$]. Ces deux échelles permettent d'expliquer 20 % de la variance de la présence ou de l'absence du diagnostic (R^2 de Nagelkerke = 0,20). Les rapports de cote pour l'ABCL (RC = 1,07) et pour l'ASR (RC = 1,13) ne sont toutefois pas statistiquement significatifs, ce qui indique que ces deux échelles sont conjointement associées à la présence d'un diagnostic de cette catégorie mais qu'aucune n'a une contribution unique significative.

Tableau 5. Régression logistique pour l'association entre l'échelle Comportement agressif de l'ABCL et de l'ASR et les diagnostics des troubles liés à l'usage d'alcool ou de drogue

Échelles	β	E.S.	Wald	dl	p	RC	IC (95 %)
CA ASR	0,13	0,09	2,01	1	0,16	1,13	[0,95 ; 1,35]
CA ABCL	0,07	0,07	0,91	1	0,34	1,07	[0,93 ; 1,22]

Note. N = 40; Échelle CA = Comportement agressif; β = coefficient de régression; E.S. = erreur standard; dl = degrés de liberté; p = signification; RC = rapport de cote; IC = intervalle de confiance.

L'équation de régression a permis de classer correctement 72,5 % des participants à l'étude, alors qu'un taux de classification de 65 % était attendu du hasard. La sensibilité est de 35,7 % ce qui est faible, alors que la spécificité est de 92,3 % ce qui est excellent. Ainsi, l'échelle Comportement agressif de l'ABCL et de l'ASR ne semble pas en mesure de bien identifier les personnes présentant un diagnostic lié à l'usage de d'alcool ou de drogue, mais il est peu probable que cette échelle cible à tort des personnes qui n'ont en réalité pas de diagnostic. On remarque également qu'aucun des deux répondants ne semble avoir une contribution supérieure à l'autre pour l'évaluation des problèmes de consommation.

Les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Comportement transgressif de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic de personnalité du groupe B ne sont pas significatifs [$\chi^2(2) = 1,76$; $p = 0,42$]. L'échelle Comportement transgressif de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

Le tableau 6 présente les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Comportement transgressif de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue. L'équation de régression de cette échelle est significative [$\chi^2(2) = 28$; $p < 0,01$]. Ces deux échelles permettent d'expliquer 69 % de la variance de la présence ou de l'absence du diagnostic (R^2 de Nagelkerke = 0,69). Les rapports de cote pour l'ABCL (RC = 1,21) et pour l'ASR (RC = 1,66) sont statistiquement significatifs, ce qui indique que ces deux échelles sont conjointement associées à la présence d'un diagnostic de cette catégorie et qu'elles ont une contribution unique significative.

Tableau 6. Régression logistique pour l'association entre l'échelle Comportement transgressif de l'ABCL et de l'ASR et les diagnostics des troubles liés à l'alcool et aux drogues

Échelles	β	E.S.	Wald	dl	p	RC	IC (95 %)
CT ASR	0,51	0,21	5,83	1	0,02	1,66	[1,10 ; 2,50]
CT ABCL	0,19	0,10	3,82	1	0,05	1,21	[1,00 ; 1,46]

Note. N= 40; Échelle CT = Comportement transgressif; β = coefficient de régression; E.S. = erreur standard; dl = degrés de liberté; p = signification; RC = rapport de cote; IC = intervalle de confiance.

L'équation de régression a permis de classifier correctement 87,5 % des participants à l'étude, alors qu'un taux de classification de 65 % était attendu du hasard. La sensibilité est de 78,6 % ce qui est bon, alors que la spécificité est de 92,3 % ce qui est excellent. Ainsi, l'échelle Comportement transgressif de l'ABCL et de l'ASR semble à la fois permettre de bien dépister les personnes présentant un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue, et il est peu probable que cette échelle cible à tort des personnes qui n'ont en réalité pas de diagnostic. Au regard des rapports de cote, on remarque que l'ASR semble avoir une contribution supérieure à l'ABCL pour l'évaluation des problèmes de consommation, mais puisque les intervalles de confiance de leurs rapports de cote se chevauchent, cette différence ne peut pas être qualifiée de statistiquement significative.

Les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Problème de la pensée de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic d'un trouble psychotique ou d'un trouble de personnalité du groupe A [$\chi^2(2) = 1,32; p = 0,52$] ne sont pas significatifs. L'échelle Problème de la pensée de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de

distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

Les résultats de la régression logistique obtenus pour l'association entre l'échelle Problèmes d'attention de l'ABCL et de l'ASR et la présence ou l'absence d'un diagnostic d'un trouble d'anxiété, de dépression ou de trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel [$\chi^2(2) = 4,25; p = 0,12$] ne sont pas significatifs. L'échelle Problèmes d'attention de l'ASR et de l'ABCL ne permet donc pas de distinguer les personnes qui ont un des diagnostics mentionnés ci-dessus de celles qui n'en ont pas.

CINQUIÈME CHAPITRE. DISCUSSION

Ce chapitre interprète les résultats présentés au précédent chapitre et présente leurs retombées pour la recherche et la pratique. Il se conclut sur un exposé des forces et limites de ce mémoire.

1. RÉPONSES AUX OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette étude avait pour but de vérifier le degré d'accord entre les résultats recueillis à l'ASR et à l'ABCL chez les adultes atteints de problèmes de santé mentale. Les objectifs étaient donc d'une part, de vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL et d'autre part, d'évaluer la contribution relative de chaque répondant à l'évaluation des problèmes de santé mentale en analysant le degré d'association entre les échelles correspondantes de l'ASR et de l'ABCL et la présence de diagnostics de troubles de santé mentale.

1.1 Vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL

En réponse au premier objectif, les résultats obtenus soutiennent que les corrélations entre les échelles syndromiques de l'ASR et de l'ABCL sont de tailles moyennes ou grandes pour 5 des 8 échelles, soient : anxiété-dépression, comportement agressif, comportement transgressif, comportement intrusif et problèmes de la pensée. Il est possible d'observer que les plus fortes corrélations font référence aux problèmes qui peuvent être qualifiés de plus visibles sur le plan comportemental chez la personne évaluée. En effet, dans ce cas-ci, il s'agit principalement des échelles faisant partie des problèmes extériorisés (comportement agressif, transgressif et intrusif). En ce qui concerne l'échelle anxiété/dépression, certains items (par exemple : 14. *pleure beaucoup*, 47. *manque de confiance en soi*, 103. *est malheureux(se), triste*

ou déprimé(e)) peuvent permettre à la personne qui utilise l'ABCL d'observer certains comportements dépressifs chez la personne évaluée. Il en est de même pour l'échelle problème de la pensée, et ce, notamment pour les items 18. *tente délibérément de se blesser ou de se suicider*, 66. *répète certains gestes continuellement*, 84. *fait des choses étranges*, 91. *parle de ce tuer*. Le caractère observable des comportements évalués pourrait également expliquer le fait que les échelles retrait, plaintes somatiques et problème d'attention de l'ASR et de l'ABCL ne corrélaient pas de manière significative, puisque leurs items présentent des comportements moins facilement décelables pour la personne utilisant l'ABCL. À titre d'exemple, il y a notamment les items 69. *est renfermé(e) ou garde des choses pour soi* et 111. *est replié(e) sur lui(elle)-même, ne se mêle pas aux autres* pour l'échelle retrait, les items 51. *se sent étourdi(e)*, 54. *se sent fatigué(e)*, 56b. *maux de tête* pour l'échelle plainte somatique et les items 8. *a de la difficulté à se concentrer*, 17. *Rêvasse beaucoup* et 119. *n'est pas bon(ne) avec les détails* pour l'échelle problème d'attention, qui peuvent être plus difficilement observables pour un observateur externe. En somme, en réponse à l'objectif 1 de ce mémoire, les corrélations observées suggèrent que cinq des huit échelles syndromiques de l'ASR et de l'ABCL ont un bon degré d'association dans un échantillon de patients hospitalisés en psychiatrie, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ces échelles mesurent des problèmes plus facilement observables par les autres personnes, alors que cette association est faible, voire nulle, dans le cas des trois échelles mesurant des problèmes moins manifestes. On remarque cependant que la puissance statistique du devis ne permet pas d'identifier comme statistiquement significatives les corrélations de petites tailles. Or, si l'échantillon avait été de plus grande taille, les corrélations entre ces échelles auraient possiblement été de petite taille, mais significatives.

Dans les écrits recensés, il a été rapporté que les corrélations indiquant le degré d'accord multi-informateurs étaient de faibles à modérées, c'est-à-dire entre 0,29 et 0,59 ce qui est similaire aux corrélations observées dans la présente étude, qui varient de 0,06 à 0,58. Rappelons en premier lieu qu'il y a peu d'études sur le sujet chez une population adulte atteinte de problèmes de santé mentale; seulement quatre études ont été identifiées dans la recension des écrits du deuxième chapitre. L'étude de Rescorla et *al.* (2016), quant à elle, est la seule des études recensées qui compare les mêmes échelles que la présente étude.

Tableau 7. Comparaison des résultats de la présente étude (2020) et ceux de l'étude de Rescorla et *al.* (2016)

Échelles syndromiques ASR/ABCL	<i>r</i> (2020)	<i>r</i> (2016)
Anxiété-dépression	0,58	0,52
Retrait	0,16	0,46
Plaintes somatiques	0,25	0,48
Comportement agressif	0,53	0,47
Comportement transgressif	0,54	0,49
Comportement intrusif	0,48	0,53
Problèmes de la pensée	0,50	0,37
Problèmes d'attention	0,06	0,49

Note. N (2020) = 40; N (2016) = 8 203.

Les résultats sont similaires, c'est-à-dire de taille moyenne à grande, pour les échelles ; Anxiété-dépression, Comportement agressif, Comportement transgressif, Comportement intrusif et problème de la pensée. Quant aux échelles ; Retrait, Plaintes somatiques et problème d'attention, les résultats sont qualifiés de petite taille dans la présente étude alors qu'ils sont de taille moyenne dans l'étude de Rescorla et *al.* (2016). Rappelons que cette étude comprend un échantillon de la population générale (8302 dyades) issu de 14 sociétés différentes. Bien que la puissance statistique soit suffisante, le contexte culturel importe pour beaucoup dans les résultats obtenus. En effet, dans cette étude la Chine, Taiwan, le Japon et Hong Kong montrent des scores plus élevés à l'ASR alors que pour la Pologne, l'Argentine et l'Albanie, les résultats obtenus sont assez similaires entre les deux versions de l'instrument. Les différences entre les scores peuvent aussi s'expliquer entre autres par le fait que l'échantillon ne soit pas réalisé auprès d'une population atteinte d'un problème de santé mentale.

1.2 Évaluer la contribution relative de chaque répondant en analysant le degré d'association entre les échelles correspondantes de l'ASR et de l'ABCL et la présence de diagnostics de troubles de santé mentale

Le deuxième objectif visait à comparer, à l'aide de régressions logistiques, la contribution de l'ASR et de l'ABCL à l'identification d'un trouble de santé mentale. La combinaison des échelles Retrait de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble anxieux, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel. La combinaison des échelles Plaintes somatiques de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble anxieux, d'un trouble

dépressif ou d'un trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel. La combinaison des échelles Comportement intrusif de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble de personnalité du groupe B, du groupe C ou d'un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue. La combinaison des échelles Comportement agressif de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble de personnalité du groupe B. La combinaison des échelles Comportement transgressif de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble de personnalité du groupe B. La combinaison des échelles Problèmes de la pensée de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble psychotique ou d'un trouble de la personnalité du groupe A. La combinaison des échelles Problèmes d'attention de l'ASR et de l'ABCL ne permet pas d'identifier les personnes ayant un diagnostic d'un trouble anxieux, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire avec épisode dépressif actuel. Ces échelles sont celles pour lesquelles les régressions logistiques ne sont pas significatives. Ceci veut dire que la combinaison de la version auto-rapportée avec celle remplie par un autre répondant ne permet pas de distinguer les patients qui ont, ou non, un de ces diagnostics de santé mentale.

La combinaison des échelles Anxiété-dépression de l'ASR et de l'ABCL a permis de distinguer les personnes ayant un trouble anxieux, dépressif, ou bipolaire avec épisode dépressif actuel, des personnes qui n'avaient pas un tel diagnostic. La combinaison des échelles Comportement agressif de l'ASR et de l'ABCL a permis de distinguer les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue des personnes qui n'ont pas ce trouble. Cependant, aucun des deux instruments n'est plus significativement associé que l'autre à la présence de ces

diagnostics. Or, aucune des deux versions n'a de contribution relative unique, c'est-à-dire qu'aucun des deux répondants ne permet de mieux distinguer ledit trouble.

La combinaison des échelles Comportement transgressif de l'ARS et de l'ABCL a permis de discriminer les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue de celles qui n'ont pas le trouble. La version auto-rapportée semble cependant permettre de mieux distinguer les personnes ayant un trouble de santé mentale de cette catégorie que les comportements rapportés par une tierce personne.

Ces résultats suggèrent notamment que les évaluations à l'aide de l'ASR et de l'ABCL semblent pouvoir contribuer au dépistage de certains problèmes, mais qu'aucun ne semble avoir une meilleure contribution que l'autre, sauf dans le cas de l'échelle Comportements transgressif pour l'association au trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue. Ces résultats suggèrent qu'il est préférable de les utiliser dans une approche multi-informateurs plutôt que de n'utiliser qu'un seul de ces outils. La puissance statistique du devis demeure toutefois à considérer dans les résultats obtenus. Il s'avère important de nuancer ces résultats en fonction du petit échantillon psychiatrique.

Or, tel que soulevé dans la littérature scientifique, il est donc suggéré de recueillir des informations provenant de sources différentes, car les personnes évaluées peuvent ne pas être complètement conscientes du caractère pathologique des certains comportements (Petot, Vrignaud, Zebdi et Camart, 2014), et ce, dans le but d'obtenir une évaluation plus valide et plus complète (Roskam, Stievenart, Meunier, Van De Moortele, Kinoo et Nassogne, 2009). Aucun

informateur ne semble donc à privilégier au détriment des autres (Roskam et *al.*, 2009). Il est possible de constater dans cette étude que pour presque l'ensemble des échelles syndromiques, chacun des répondants n'a pas de contribution unique pour l'évaluation d'un trouble de santé mentale.

2. IMPLICATIONS

La présente recherche a permis de vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL ainsi que d'évaluer la contribution relative de chaque répondant pour dépister la présence de diagnostics de troubles de santé mentale. Au chapitre 1, il a été expliqué qu'une évaluation de la condition de l'individu, considérant par le fait même l'évaluation des problèmes de santé mentale chez une population adulte, permet un meilleur accompagnement pour les multiples professionnels œuvrant en santé mentale et en relations humaines. L'évaluation multi-informateurs permet de questionner la variabilité des résultats obtenus des différents informateurs permettant ainsi l'ajout d'informations complémentaires pertinentes, et ce, dans différents contextes de la personne évaluée. À cet effet, les corrélations observées entre l'ASR et l'ABCL suggèrent un certain degré d'association entre l'auto-évaluation faite par les patients et celle faite par une tierce personne pour les échelles de syndromes dont les comportements sont plus observables, alors que cette association est faible ou nulle pour les échelles dont les comportements sont moins manifestes. Ces résultats suggèrent que le recours à un informateur est probablement plus pertinente dans l'évaluation des problèmes extériorisés ou pour lesquels certaines manifestations symptomatiques sont observables. En ce qui concerne la contribution de l'ASR et de l'ABCL dans l'identification d'un problème de santé mentale dans les résultats

obtenus pour un petit échantillon, on remarque qu'un instrument ne semble pas avoir une meilleure contribution que l'autre, sauf dans le cas de l'échelle Comportements transgressif pour l'association au trouble lié à l'usage d'alcool ou de drogue. Pour cette échelle, la version auto-rapportée permet de mieux distinguer les personnes ayant ce trouble. Ces résultats suggèrent que le recours à un informateur est plus pertinent puisque de manière isolée, l'ASR et l'ABCL ne contribuent pas, dans ce cas-ci, à distinguer les personnes ayant un trouble de santé mentale de celles qui n'en ont pas.

Cette recherche vient donner un appui supplémentaire à l'utilisation de la version canadienne-française de l'ASR et de l'ABCL par des professionnels francophones au Canada œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'autres instruments disponibles pour une évaluation multi-informateurs de l'adulte, en français au Québec, ce qui vient inévitablement donner une importance à cette étude qui s'inscrit dans la poursuite de l'*Adaptation canadienne-française d'outils psychométriques d'évaluation des troubles mentaux : l'Adult Self-Report et de l'Adult Behavior Checklist* (Le Corff *et al.*, 2016 ; Le Corff *et al.*, 2018a; Le Corff *et al.*, 2018b). En effet, la présente recherche a permis d'accroître les connaissances sur la validité de l'ASR et de l'ABCL auprès d'une population adulte hospitalisée en psychiatrie. Plus spécifiquement, le présent mémoire a permis de documenter la validité de convergence entre l'ASR et l'ABCL (objectif 1), ainsi que leur validité critériée (objectif 2).

3. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Certaines limites de ce mémoire méritent d'être mentionnées. Celles-ci concernent principalement l'échantillon utilisé. D'abord, il s'agit d'un très petit échantillon entraînant ainsi un manque de puissance statistique pour les analyses réalisées ainsi qu'une représentativité limitée. De plus, la variabilité des répondants à l'ABCL (conjoint, intervenant, etc.) peut amener une hétérogénéité dans les évaluations recueillies et pourrait contribuer à expliquer la plus faible convergence entre l'ASR et l'ABCL pour les échelles dont les comportements sont moins manifestes. Finalement, étant donné que l'échantillon est composé de personnes patientes hospitalisées, et par le fait même sous traitement, il est possible que leurs symptômes diffèrent entre le moment de l'hospitalisation, de l'établissement du diagnostic (variable critère) et lors de la passation de l'ASR diminuant ainsi la sensibilité et la spécificité observées dans les régressions logistiques (Le Corff *et al.*, 2018a). La petite taille de l'échantillon a aussi eu pour effet de limiter le nombre de personnes dans certaines catégories diagnostiques, ce qui a conduit à fusionner certaines catégories diagnostiques pour les analyses, et pourrait avoir contribué à diminuer les degrés de sensibilité et de spécificité observés (Le Corff *et al.*, 2018a). À l'inverse, l'utilisation d'un échantillon clinique s'avère une force de l'étude puisque cela a assuré une meilleure variabilité dans l'intensité problèmes des personnes participantes. De plus, cela a permis d'étudier l'ASR et l'ABCL dans un échantillon de personnes auprès desquelles ces outils sont destinés à être utilisés.

4. RECOMMANDATIONS

Bien que quelques études aient été faites sur l'adaptation canadienne-française de l'ASR, le présent mémoire est la première étude de validation de l'ABCL. Il demeure pertinent de procéder à la validation de la version canadienne- française de cet instrument afin de vérifier si les résultats seront aussi satisfaisants que ceux de l'ASR. Notamment, ses propriétés psychométriques telles que sa cohérence interne et sa structure factorielle n'ont pas été étudiées. Pour ce faire, une nouvelle étude devrait être conduite après d'un plus grand échantillon.

CONCLUSION

Les différents chapitres exposés dans ce texte décrivent l'importance d'une évaluation multi-informateurs en santé mentale adulte. La prévalence élevée de problèmes de santé mentale et les conditions difficiles d'insertion et de maintien en emploi laissent présager un besoin de soutien important pour cette population. Les personnes professionnelles de l'orientation sont parfois amenées dans leur pratique à évaluer les problèmes de santé mentale chez l'adulte. Pour ce faire, elles disposent de multiples méthodes, dont les instruments psychométriques. Toutefois, les instruments psychométriques qui permettent l'évaluation des problèmes de santé mentale chez l'adulte sont auto-rapportés, ce qui constitue leur principale limite. L'apport de sources d'informations supplémentaires peut donc s'avérer bénéfique, et ce, à plusieurs égards. Les instruments ASEBA dont l'ASR et l'ABCL permettent d'évaluer le fonctionnement psychologique des adultes âgés entre 18 et 59 ans. Ces instruments ont récemment été traduits en français pour le Canada et sont toujours sujets d'étude concernant leur validation aux normes canadiennes. La présente étude vise à vérifier quel est le degré d'accord entre les résultats recueillis à l'ASR (questionnaire auto-rapporté) et à l'ABCL (questionnaire répondu par un autre informateur) chez des adultes atteints de troubles de santé mentale. Afin de répondre au premier objectif qui consiste à vérifier le degré d'association entre l'ASR et l'ABCL (corrélations entre les scores), des corrélations entre les scores des échelles syndromiques ont été effectuées. Les résultats suggèrent que le recours à un informateur est probablement plus pertinent dans l'évaluation des problèmes extériorisés ou pour lesquels certaines manifestations symptomatiques sont observables. Ensuite, des régressions logistiques ont été réalisées pour chaque paire d'échelles syndromiques de l'ASR et de l'ABCL. À la lumière du devis de

recherche, ces résultats suggèrent que le recours à un informateur est plus pertinent puisque de manière isolée, l'ASR et l'ABCL ne contribuent pas au dépistage des troubles de santé mentale. Il serait toutefois intéressant de comparer ces résultats avec un échantillon plus grand pour nuancer les constats actuels.

Il demeure souhaitable de poursuivre des recherches afin que l'ASR et l'ABCL puissent être utilisés à bon escient dans un futur rapproché par les professionnels en santé mentale et en relations humaines.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Achenbach, T.M. (2016). *ASEBA Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Repéré à <http://www.aseba.org/>. Consulté le 12 mars 2016.
- Achenbach, T.M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): development, findings, theory, and applications*. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Achenbach, T.M., Krukowski, R.A., Dumenci, L. et Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), 361-382.
- Achenbach, T.M. et Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adults Forms and Profiles for Ages 18-59: Adult Self-report, Adult Behavior Checklist. An Integrated System of Multi-informant Assessment*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5: Critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Trad. par M.-A. Crocq et J.D. Guelfi) (5e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson (1re éd. 1952).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. (1994). *Introduction à la psychométrie* (Trad. par F. Gagné) (6^e éd.). Montréal : Guérin universitaire (1^{re} éd. 1954).

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2011). Les outils de la réadaptation psychosociale. *Le partenaire*. 20(3), 1-32.

Atkinson, M.J. et Zibin, S. (1996). *Évaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : Analyse critique des mesures et des méthodes*. Ottawa: Publications Santé Canada. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pubs/quality_of_life-qualite_de_vie/comparaisons-fra.php. Consulté le 16 juillet 2014.

Bachrach, L. (1991). Perspectives on work and rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(9), 890-891.

Benny, M., Huot, A., Lalonde, J., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., Sergerie, M. et Gilbert Tremblay, P. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : une approche biopsychosociale*. Montréal: Modulo.

- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Bernaud, J.-L. (2007). *Introduction à la psychométrie*. Paris : Dunod.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power of analysis for de behavioral science* (2e éd.). Hillsdale; Lawrence Erlbaum Association, Inc. (1ère éd. 1969).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cloutier, L. et Leclerc, C. (2011). *L'évaluation de la condition mentale. Comment allez-vous aujourd'hui?*. *Perspective Infirmière*, 8(2), 29-31. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2011_vol8_no2/11_evaluation.pdf
- Comité de la santé mentale du Québec. (2005). *Le parcours pour favoriser l'intégration sociale et économique : pour un meilleur accès au travail*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs65590>. Consulté le 29 juin 2017.
- Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Institut de recherche en santé du Canada (2010). Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. s.l. : CRSH, CRSNG ET IRSC. Repéré à

http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf. Consulté le 27 mars 2016.

Conseil médical du Québec (2001). Avis - Les maladies mentales : Un éclairage contemporain. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.

Cook, J. et Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrénia Bulletin*. 26(1), 87-103.

Crocq, M., Guelfi, J. et American Psychiatric Association (2016). *Mini DSM-5: Critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Corbière, M., Mercier, C., et Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *Journal of Career Assessment*, 12(4), 460-478.

De Los Reyes, A., Bunnell, B.E. et Beidel, D.C. (2013). Informant discrepancies in adult social anxiety disorder assessments: Links with contextual variations in observed behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 376-386.

De Los Reyes, A. (2013). Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Development and Psychopathology*, 25, 669-682.

- De Los Reyes, A., Thomas, S.A., Goodman, K.L. et Kunder, S.M.A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 9, 123-149.
- Déry, M., Mercier, H., Toupin, J. et Dumas, L. (1996). L'intégration socioprofessionnelle des usagers d'un service d'apprentissage d'habitudes de travail. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 73-92.
- Desjardins, P. (2013). Pratique professionnelle : Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux. *Psychologie Québec/Pratique professionnelle*. 30(06), 8-11.
- Desjardins, P. (2008). Pratique professionnelle : Tests et données probantes, un état de situation. *Psychologie Québec/Pratique professionnelle*. 25(5), 9-11.
- Desmarais, D., Beauregard, D., Guérette, M., Himech, M., Lebel, Y., Mertineau, P. et Péloquin, S. (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*. Québec : Les publications de Québec.
- Desroches, I. (2017). *La prévalence et la sévérité des problèmes de santé mentale chez des étudiantes et des étudiants universitaires canadiens francophones de premier cycle* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.
- Dion, A. (2016). *Étude de la validité critériée de l'adaptation canadienne-française de l'Adult-Self-Report ; comparaison entre un échantillon de personnes hospitalisées en psychiatrie*

et un échantillon de personnes étudiantes universitaires (Mémoire de maîtrise inédit).
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.

Dorceus, S. (2014). *Les pratiques des conseillères et conseillers d'orientation du Québec en matière d'évaluation psychométrique dans les écoles secondaires* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.

Drouin, M.-S. (2011). Pathologies des troubles mentaux transitoires et graves en interaction avec les caractéristiques de la personnalité. Corbière, M. et Durand, M.-J. (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

First, B. M, Wakefield, C. J. (2013). Diagnostic Criteria as Dysfunction Indicators: Bridging the Chasm Between the Definition of Mental Disorder and Diagnostic Criteria for Specific Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(12), 663- 669.

Fiset-Laniel, J., Kairouz, S. Nadeau, L., Perreault, M., Richard Boyer, S. et Institut de la statistique du Québec (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2.)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Fleury, M. et Grenier, G. (2013). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec : Commission à la santé et au bien-être.

Fleury, M. et Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois.

Ruptures : Revue transdisciplinaire en santé, 10(1), 21-38.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondement et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (collaboration J. Gagnon) (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation (1^{re} éd. 2006).

Gagné, I. (2000). *Étude des dimensions d'une occupation significative pour de jeunes personnes atteintes de schizophrénie* (Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada. Repéré dans la base de données ProQuest Dissertations and Theses. (304649767).

George, D. et Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston : Pearson.

Gouvernement du Canada, (2007). *Science et recherche*. Ottawa : Santé Canada, Direction générale des affaires publiques, des consultations et des communications. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/advice-avis/reb-cer/pol/princip-fra.php>. Consulté le 28 mars 2016.

Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada.

Gouvernement du Québec (2016). *La Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS)*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche, de

l'innovation et du transfert des connaissances. Repéré à <http://msss.gouv.qc.ca/statistiques/brss/adresse.php>. Consulté le 21 mars 2016.

Gouvernement du Québec (2015). *Comprendre et prévenir*. Québec : ministère de la Santé et des services sociaux. Publications du Québec. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Comprendre_et_prevenir. Consulté le 4 mai 2015.

Gouvernement du Québec (2009). *Projet de loi n°21 : Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec : Éditeur officiel du Québec.

Gouvernement du Québec (2005). *Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et relations humaines*. Québec : Publications du Québec.

Gouvernement du Québec (2017). *Code des professions*. Offices des professions du Québec. Québec : Publication du Québec. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>. Consulté le 6 juin 2017.

Green, M., Kern, R. et Heaton, R. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*. 72(1), 41-51.

Grégoire, S., Baron, C. et Baron, L. (2012). Pleine conscience et counseling. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 46(2), 161-177.

- Guédon, M.-C. (1994). Psychométrie et orientation professionnelle : est-ce une alliance justifiée? *L'orientation*, 7(1), 5-8.
- Guédon, M.-C., Savard, R., Le Corff, Y. et Yergeau, E. (2011). *Tests à l'appui. Pour une intervention intégrée de la psychométrie en counseling de carrière*. Québec: Septembre éditeur Inc.
- Hamel, J. (2007). Le rapport au travail et la « génération numérique ». Dans Bourdon, S. et Vultur, M. (dir.), (2007). *Regard sur... Les jeunes et le travail*. (p. 69-87). Saint-Nicolas : Les Éditions de l'IQRC.
- Holden, R. et Troister, T. (2009). Developments in the self-report assessment of personality and psychopathology in adults. *Canadian Psychology*, 50(3), 120-130.
- Hunsley, J. et Mash, E. (2005). Introduction to the Special Section on Developing Guidelines for the Evidence-Based Assessment (EBA) of Adult Disorders. *Psychological Assessment, American Psychological Association*, 17(3), 251-255.
- Institut de la statistique du Québec (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*. Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf. Consulté le 8 février 2016.

Institut de recherche psychologique. (2016). *ASEBA - Système d'évaluation empirique Achenbach*. Repéré à <http://www.irpcanada.com/styled-3/styled-42/index.html>. Consulté le 12 mars 2016.

Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2016). *En chiffres*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>. Consulté le 2 février 2016.

Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2015). *Psychologie, orientation et réadaptation professionnelle*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/professionnels-et-partenaires/services-specialises/psychologie-orientation-et-readaptation-professionnelle.html>. Consulté le 27 mai 2015.

Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2018). *Schizophrénie*. Repéré à <http://www.iusmm.ca/sante-mentale/schizophrénie.html>. Consulté le 1 mai 2018.

Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Turner, L. V., Amadottir, H. A., Au, A., ... Zasepa, E. (2015). Syndroms of collateral-reported psychopathology for ages 18-59 in 18 societies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 18-28. doi:10.1016/j.ijchp.2014.

Jacobs, H. E., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D. et Burkeman, D. (1992). Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(4). 365-369.

- Jarvis, C. et Pagé, G. (2010). Évaluation de l'état mental. Jarvis, C. (dir.), *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal: Chenelière éducation.
- Jarvis, C. et Pilote, B. (2010). Entrevue. Jarvis, C. (dir.), *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal: Chenelière éducation.
- Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T. et Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *The American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.
- Krosnick, J.A. (1999). A Survey research. *Annual Review of Psychology*, 50, 537-567.
- Laflamme, A.-M. et Nadeau, J. (2011). Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental. Corbière, M. et Durand, M.-J. (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Le Corff Y, Yergeau É, Busque-Carrier M, Forget K, Proulx-Bourque C, Roy-Charland A, Levesque A, Tivendell J. (2016a). Confirmation of the ASEBA Eight-Syndrome Model of Adult Psychopathology in a Sample of Bilingual Canadian University Students. *IJAS' Barcelona International Conference for Social Sciences and Humanities*. 25-26.

- Le Corff, Y., Lapalme, M., Yergeau, É., Forget, K., Hamza, Z., Dion, A., ... Levesque, A. (2018a). Étude de la validité critériée de l'adaptation canadienne-française de l'*Adult Self-Report* : Comparaison entre un échantillon clinique et non clinique. Dans Lapalme M, Tougas A-M, Letarte M-J (dir.), *Recherches qualitatives et quantitatives en sciences humaines et sociales: Pour une formation théorique et pratique appuyée empiriquement* (p. 463-484). Montréal : Éditions JBF.
- Le Corff, Y., Yergeau, É., Forget, K., Hamza, Z., Dion, A., Proulx-Bourque, C., Roy-Charland, A., Tivendell, J. et Levesque, A. (2016, juinb). *Criterion Validity of the Adult Self-Report: A Comparison Between Clinical and Non-Clinical Samples*. IJAS' Venice International Conference for Social Sciences and Humanities, Venise, Italie
- Le Corff, Y., Yergeau, É., Busque-Carrier, M., Forget, K., Proulx-Bourque, C. Roy-Charland, A., ... Tivendell, J. (2016). *Confirmation of the ASEBA Eight-Syndrome Model of Adult Psychology in a Sample of Bilingual Canadian University Students*. IJAS' Barcelona International Conference for Social Sciences and Humanities, Barcelone, Espagne.
- Le Corff, Y., Yergeau, E., Proulx-Bourque, C., Busque-Carrier, M., Roy-Charland, A., Levesque, A., ... Forget, K. (2018b). Équivalence de la version française et de la version originale états-unienne de l'*Adult Self-Report*. *Psychologie française*, 63, 269-275.
- May, V. R. et Vieceli, L. (1983). *Barriers to placement: Strategies and resolution*. *Journal of Rehabilitation*. 49(3), 43-46.

- Milot Lapointe, F. (2013). *Étude de l'évolution de l'état de santé mentale de clientes et clients au cours d'un processus de counseling de carrière* (Essaie de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.
- Milot Lapointe, F., Savard, R. (2013). Santé mentale: considérations pour l'intervention en counseling de carrière. *L'orientation*, 3(2), 12-17.
- Mongeau, P. (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté jeans & côté tenue de soirée*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., et Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of mental health*, 10(4), 411- 417.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2013). *Politiques et données sur l'emploi : Le projet de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi*. Repéré à <http://www.oecd.org/fr/emploi/emp/sante-mentale-et-emploi.htm>. Consulté le 20 mars 2016.
- Office des professions du Québec (2013). *Guide explicatif du Projet de loi 21*. Repéré à http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf. Consulté le 16 février 2016.
- Olry-Louis, I., Guillon, V. et Loarer, E. (dir.) (2013). *Psychologie du conseil en orientation*. Bruxelles : De Boeck.

Ordre des conseillères et conseillers du Québec (s.d.). *Conseiller d'orientation en réadaptation* :

Pour redonner une direction à sa vie. Repéré à <http://orientation.qc.ca/files/D%C3%A9pliant-c.o.-en-r%C3%A9adaptation.pdf>. Consulté le 4 juillet 2018.

Ordre des conseillères et conseillers du Québec (s.d.). *Le projet de loi 21 : pour un meilleur*

accès aux services professionnels en santé mentale. Repéré à <https://www.orientation.qc.ca/informations-pour-le-public/le-projet-de-loi-21>. Consulté le 5 janvier 2020.

Ordre des conseillères et conseillers d'orientation du Québec (2011). Édition spéciale Projet de

loi 21 : incidences et défis pour la profession de conseiller d'orientation. *L'Orientation. Le magazine des conseillères et conseillers d'orientation du Québec*, 1(1), 1-28.

Ordre des conseillères et conseillers d'orientation du Québec (2010). *Guide d'évaluation en*

orientation. Repéré à <http://orientation.qc.ca/files/Le-Guide-d%E2%80%99%C3%A9valuation-en-orientation.pdf>. Consulté le 20 juillet 2017.

Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (2010-2018). *L'énoncé de*

pertinence sociale de la profession de conseiller d'orientation. Repéré à <http://orientation.qc.ca/informations-pour-le-public/le-conseiller-dorientation/lenonce-de-pertinence-sociale-de-la-profession-de-conseiller-dorientation>. Consulté le 7 juillet 2018.

Ordre des conseillères et conseillers d'orientation du Québec (s.d.). *Le profil des compétences*

générales des conseillers d'orientation. Repéré à <http://orientation.qc.ca/files/Profil-de>

comp%C3%A9tences-des-conseillers-et-conseill%C3%A8res-d%E2%80%99orientation-du-Qu%C3%A9bec.pdf. Consulté le 11 juillet 2017.

Ordre des conseillères et conseillers d'orientation du Québec (2004). L'orientation : évaluer ou tester ? Repéré à <http://orientation.qc.ca/files/02-en-pratique-d%C3%A9cembre-2004.pdf>. Consulté le 28 janvier 2016.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2009). *Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique – Document de base*. Repéré à <http://www.oecd.org/fr/emploi/emp/42729693.pdf>. Consulté le 11 août 2019.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015). *Troubles mentaux*. Repéré à http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/. Consulté le 4 mai 2015.

Otero, M. et Namian, D. (2011). Grammaires sociales de la souffrance. *Les Collectifs du Cirp*, 2, 226-236.

Pachoud, B., (2017). Activité professionnelle et processus de rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 57-70.

Pachoud, B. et Corbière, M. (2014). Practices and interventions related to the work integration of people with a severe mental illness: Work outcomes and avenues of research. *L'Encéphale*, 40(2), S33-S44.

- Perren, S., Von Wyl, A., Stadelmann, S., Bürgin, D. et Von Klitzing, K. (2006). Associations between Behavioral/Emotional difficulties in kindergarten children and the quality of their peer relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 867-876.
- Petot, J.-M., Vrignaud, P., Zebdi, R. et Camart, N. (2014). Structure factorielle et qualités psychométriques de la version française de l'inventaire de comportements des adultes (Adult Behavior Checklist) d'Achenbach et Rescorda. *Psychologie française*, 59(2), 149-165.
- Poirier, M. et Yergeau, E. (2012). *Statistique et orientation : Initiation au traitement des données quantitatives avec le logiciel SPSS*. CCO 110. Université de Sherbrooke. Sherbrooke.
- Proulx-Bourque, C. (2013). *Étude sur l'équivalence inter-formes et la cohérence interne de l'adaptation canadienne-française de l'Adult Self-Report* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada.
- Provencher, H. L., Gregg, R., Crawford, S. M. et Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 26(2), 132-145.
- Provost, G., Corbière, M., Bordeleau, M. et Mercier, C. (2002). Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : Données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 194-217.

- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Turner, L. V., Árnadóttir, H., Au, A., ... Zasepa, E. (2016). Collateral Reports and Cross-Informant Agreement about Adult Psychopathology in 14 Societies. *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*, 38, 381-397.
- Rogel, T. (1997). La stigmatisation. *DEES*, 107, 53-60.
- Roskam, I., Stievenart, M., Meunier, J., Van De Moortele, G., Kinoo, P. et Nassogne, M. (2009). Le diagnostic précoce des troubles du comportement externalisé est-il fiable ? Mise à l'épreuve d'une procédure multi-informateurs et multiméthodes. *Pratiques psychologiques*, 17(2), 189-200.
- Rowland L, Perkins R. (1988). *You can't eat, drink or make love eight hours a day: The value of work in psychiatry*, Personal view. *Health Trends*. 20, 75–79.
- Sanderson, K. et Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63-75.
- Scheid, T. L., Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness: Understanding the role of work. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 163- 175.
- Shum, D., Myers, B. et O'Gorman, J. (2006). *Psychological testing and assessment*. Toronto: Oxford University Press.

- Siu, P. S. K., Tsang, H. W. H. et Bond, G. R. (2010). Nonvocational outcomes for clients with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(1) 15-24.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- St-Arnaud, L. et Corbière, M., (2011). Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale. Corbière, M. et Durand, M.-J. (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail: Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- St-Hilaire, I. (2011). *Les difficultés d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat : le point de vue des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et des travailleurs sociaux dans la région de Lanaudière sud* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H. et Antony, M. M. (2010). Structured and Semistructured Diagnostic Interviews. In M.M. Antony et D.H. Barlow (dir.), *Assessment and treatment planning for psychological disorders* (p. 95-137). New York: Guilford Press.
- Tenneij, H.T. et Koot, H.M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391-400.

- Urbina, S. (2004). *Essentials of psychological testing*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Van der Ende, J., Verhulst, F. C., et Tiemeier, H. (2012). Agreement of informant on emotional and behavioral problems from childhood to adulthood. *Psychological assessment*, 24, 293-300.
- Vautier, S. (2008), *Qu'est-ce qu'un test psychométrique*. Repéré à http://w3.uohpsy.univtlse2.fr/UOHPSY/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=44. Consulté le 9 février 2016.
- Villeneuve, K., Corbière, M., Mercier, C. et Lesage, A. (2007). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 215-235.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Kokko, K. et Pulkkinen, L. (2005). Mental health and hostility as predictors of temporary employment: Evidence from two prospective studies. *Social Science & Medicine*, 61(10), 2084-2095.